BOSTON PSYCHOPATHIC HOSPITAL LIBRARY

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Herausgegeben von Sigm. Freud

XIV. Band 1928 Heft 3

Zur Genese der Platzangst

Von

Helene Deutsch

Wien

Die hier niedergelegten Beobachtungen beziehen sich auf einen ganz bestimmten Krankheitstypus, dessen Symptome sich etwa folgendermaßen charakterisieren. Es handelt sich um Menschen, die auf der Straße sich selbst überlassen, in intensivste Angstzustände geraten. Es stellen sich bei ihnen alle Teilerscheinungen der Angst ein, Herzklopfen, Zittern und vor allem das Gefühl, sie brechen jetzt zusammen und gehen hilflos zugrunde. Ihre Angst ist eine echte Todesangst und ihre phobische Befürchtung hat den Wortlaut: „Ich werde plötzlich sterben." Sie werden dabei von dem entsetzlichen Gedanken gepackt, augenblicklich einem Schwächezustand, einer Herzlähmung, einem Schlaganfall oder einem anderen katastrophalen Ereignis zu erliegen; häufig zentriert sich die Angst um die Vorstellung des Überfahrenwerdens, des Eisenbahn- oder Autounfalls usw. Charakteristisch für diese Zustände ist, daß sie ganz verschwinden oder eine wesentliche Milderung erfahren, wenn sich in der Nähe des Kranken eine Begleitperson befindet. Manchmal verleiht ihm schon die Sichtweite seines Wohnhauses das Gefühl der Sicherheit. Die Begleitperson muß meistens bestimmten Bedingungen entsprechen. Es muß eine zärtliche Bindung zwischen ihr und dem Kranken bestehen. Manche Agoraphobe bestehen auf der Begleitung einer bestimmten Person. Andere scheinen konzilianter zu sein und begnügen sich mit jedem, mit dem sich die Aussicht auf „rasche Hilfe" verknüpfen kann. Reiche Pat. wollen ihren Arzt mit der rettenden Injektionsspritze in der Nähe wissen.

Da die Auswahl der Begleitperson nichts Auffälliges bot, gab man sich mit der Angabe der Pat., es handle sich nur um die Rettungsmöglichkeit,

zufrieden und schenkte keine weitere Aufmerksamkeit dieser „Nebenfigur". In den drei mir näher bekannten Fällen (die ich hier besprechen will) wurde ich durch gewisse Umstände dazu gedrängt, mich mit der Bedeutung dieser Begleitperson eingehender zu beschäftigen. Dabei fand ich — wie ich glaube — wichtige Auskünfte über das Wesen der Erkrankung. Ich will nun nicht vorgreifen und möchte noch ein paar Worte zur allgemeinen Charakterisierung agoraphober Patienten sagen.

Außerhalb dieser nur auf der Straße auftretenden Zustände sind die Patienten praktisch gesund. Es ist interessant zu beobachten, daß manche von ihnen einen mehr zwangsneurotischen, andere einen ausgesprochenen hysterischen Habitus aufweisen. Fälle mit ausgesprochenen Zwangssymptomen neben typisch agoraphoben (wie der von Alexander angegebene)[1] sind sehr häufig, doch ebenso häufig sieht man eine Kombination von Agoraphobie mit Konversionssymptomen und hysterischen Anfällen. Diese Beobachtungen lassen vermuten, daß die Agoraphobie eine Zwischenstellung zwischen diesen beiden Krankheitsformen einnimmt.

Unter dem Gesichtspunkte der verwandtschaftlichen Beziehungen der Agoraphobie zur Zwangsneurose einerseits, zur Hysterie andererseits sollen hier einige Fälle der vergleichenden Beobachtung unterzogen werden.

Im ersten Fall handelt es sich um ein 20jähriges Mädchen, einziges Kind in einer sehr reichen Ehe, in der der Gatte, offensichtlich am Familienleben desinteressiert, ein Gast im Hause war. Die schwer neurotische Mutter hatte von Anfang an ihre ganze unbefriedigte Libido dem Kinde zugetragen. Die frühinfantile präödipale Mutter-Kindbeziehung hatte sich so glänzend konserviert, daß die Pat. zur Zeit ihrer Behandlung noch immer mit der Mutter schlief und beim Einschlafen an der Brust oder am Finger der Mutter lutschte. Die Analyse bewegte sich hauptsächlich um dieses Mutterverhältnis und versuchte durch eine Mutterübertragung die krankhafte Mutterbindung zu lösen. In der ganzen Behandlungszeit hatte der Vater nur eine Bedeutung gehabt: die eines höchst unwillkommenen Störenfrieds, der sich zeitweise zwischen die Pat. und ihre Mutter zu drängen drohte. Jedenfalls lief der Ödipuskomplex in eine Befestigung der Mutterfixierung aus.

Die Mutter der Pat. berichtete in der Anamnese, daß die Pat. nie ihre Abwesenheit vertragen konnte und sie eigentlich seit der Geburt des Kindes dessen Sklavin war. Die krankhaften Erscheinungen fingen aber erst in der Pubertät an. Patientin begann intensive Angst zu äußern, wenn die Mutter sich vom Hause entfernte, und zwar hatte sie Angst,

1) Alexander: Psychoanalyse der Gesamtpersönlichkeit. Internat. PsA. Verlag.

der Mutter könnte etwas zustoßen, „sie könnte z. B. überfahren werden". Die Mutter traf sie dann immer mit gespanntem Gesichtsausdruck am Fenster, und die Pat. atmete erfreut und erlöst auf, wenn sie die Mutter lebend erblickte. Dem analytisch Denkenden ist es klar, daß diese überzärtliche Angst den Charakter einer Überkompensierung hatte und als hysterische Reaktionsbildung anzusehen ist. Die Angstsensationen und die Vorstellungen vom Tode der Mutter auf der Straße erinnern an die Straßenangst — doch mit verteilter Rollenbesetzung. Die Angst ist beim Subjekt — die Todesgefahr gilt dem Objekte.[1]

Die erste neurotische Äußerung hat also bei unserer Pat. einen hysterischen Charakter. Die Angst bezieht sich wohl auf den drohenden Objektverlust, wobei die Ambivalenz dem Objekte gegenüber im Inhalt der Angst — der Mutter geschieht etwas Schreckliches — bereits deutlich zum Vorschein kommt. Dieses Verhältnis zur Mutter war eine Fortsetzung der frühinfantilen Beziehung und die genitale Verdrängung der Pubertät galt vor allem den homosexuellen Regungen.

Nach der ersten hysterischen Phase ihrer Neurose erfolgt — wie man im weiteren sehen wird — eine Wandlung der Symptome im Sinne der Zwangsneurose. In der Analyse konnte man die regressive Erneuerung der sadistisch-analen Tendenzen nach erfolgter genitaler Verdrängung deutlich verfolgen. Vorher tritt noch eine andere hysteriforme Symptombildung auf. Pat. kann nicht ohne die Mutter auf die Straße gehen, denn in der Zwischenzeit könnte der Mutter (von seiten des Vaters, wie sich in der Analyse erwies) etwas „Schreckliches" passieren. Die neue Symptombildung unterscheidet sich von der ersten nur durch die Umkehrung des Ortes. Jetzt ist die Pat. auf der Straße, die Mutter zu Hause. Der Inhalt ist derselbe: Angst vor dem Objektverlust und Rachetendenz gegen das Objekt. Diese Angst um die Mutter entspricht wiederum der Verlustangst,

1) Diese Art der Angstbildung ist eine der häufigsten Formen der infantilen Neurosen und man sieht sie sehr frühzeitig die ersten Äußerungen der Trennungs-, bzw. der Sehnsuchtsangst ablösen oder mit diesen verschmelzen. Es macht den Eindruck, als würde der Sehnsuchtsangst die feindselige Empörung gegen das untreu verlassende Objekt folgen; die Angst um das Objekt entspricht einer Verdichtung der positiv gefärbten Sehnsucht und der negativen, aber durch die positive Komponente überdeckten Enttäuschungsreaktion. Diese Form der Angst um das geliebte Objekt ist beim Kinde das erste Anzeichen des vorhandenen Ambivalenzkonfliktes. Es ist nun ein Problem, ob diese Ambivalenz bereits der Ausdruck des Ödipuskomplexes ist oder eines biologischen Faktors, aus dem die erste feindselige Einstellung des Kindes der Außenwelt gegenüber resultiert. Wo sich dem Kinde das geliebte Objekt versagend entzieht, wird es zum Bestandteil der feindseligen Umwelt. Der Ödipuskomplex und die bei seinem Untergang erfolgende Triebentmischung würden dann die Verstärkung und neurotische Stabilisierung des frühinfantilen Ambivalenzverhaltens bewirken.

d. h. sie befürchtet, in ihrer Abwesenheit schenke die Mutter ihre Liebe dem Vater. Die Haßtendenzen gegen die Mutter entsprechen einerseits der Enttäuschungsreaktion, andererseits sicher auch dem normalen Ödipuskomplex, auch wenn derselbe bei der Pat. durch die Regungen der umgekehrten Einstellung stark überlagert ist.

Auch dieses gewandelte hysterische Symptom liegt der Platzangst nahe. Pat. kann nicht allein auf der Straße gehen, aus Angst, in der Zwischenzeit könnte der Mutter etwas zustoßen. Die nahe Verwandtschaft liegt hier in der Tatsache, daß auch diese Pat. Angst bekommt, wenn man ihr die Begleitperson — die Mutter — entzieht, nur der Inhalt ist verschieden: das Schreckliche droht nicht ihr, sondern der begehrten Begleitperson daheim.

Zeigten die Symptome der Pat. bis dahin eine gewisse Ähnlichkeit zum Krankheitsbild der Platzangst, so entsteht im weiteren Verlauf eine Konstellation, die einerseits diese Ähnlichkeit verstärkt, andererseits aber noch große Verschiedenheiten hervortreten läßt. Pat. kann bereits ohne die Mutter nicht ausgehen, aber zum Unterschied von früher ist sie auch im Beisammensein von heftigster Angst um die Mutter gepeinigt. Sie hält die Mutter krampfhaft eng umschlungen, immer in Sorge, es könnte dieser etwas zustoßen. Zum Schluß bricht der bis dahin gedämpfte Impuls zwanghaft durch. Sie bekommt Angst, s i e könnte die Mutter unter die Elektrische oder unter ein Auto werfen. Diese Zwangsbefürchtung kombiniert sich mit dem zwanghaften Impuls, die Mutter wirklich hinzuwerfen.

Wir sehen an diesem Fall die Wandlung einer Neurosenform in eine andere, wobei derselbe Inhalt — der aggressive Impuls — in der ersten Form verdrängt bleibt und nur eine Gegenbesetzung in der Reaktionsbildung der überängstlichen Zärtlichkeit zum Vorschein kommt. Die Angst entspringt hier aus zwei Strömungen, die ineinanderfließen. Die eine ist die Fortsetzung der frühinfantilen Beziehung und entspricht der Gefahr des Objektverlustes, die andere ist ein Warnungssignal vor der sadistischen Triebregung und bedingt eine weitere Überkompensierung durch Zärtlichkeit. Die Anwesenheit des Objektes bildet die angstbefreiende Bedingung. Darin besteht bei unserem Fall das neurotische Symptom, solange es einen hysterischen Charakter hat. Wir nehmen nun im weiteren Verlauf der Neurose eine Regression zur sadistisch-analen Phase an und glauben dadurch die Motive für den Durchbruch des Impulses erfaßt zu haben.

Ich möchte nun zu den Fällen von Agoraphobie übergehen. Der erste von mir analysierte Fall wurde mir vor mehreren Jahren von einem Kollegen anläßlich seiner Abreise von Wien übermittelt. Es handelte sich

um ein junges Mädchen mit Symptomen der typischen Agoraphobie. Jedesmal, wenn sie ohne die Eltern auf die Straße ging, wurde sie von heftigster Angst (von oben beschriebenem Charakter) befallen. Als Begleitperson mußte der Vater oder die Mutter fungieren. Der erste Angstzustand auf der Straße entstand, — ihren Angaben nach, — als sie einen Mann unter epileptischen Anfällen auf der Straße zusammenfallen sah. Seit dieser Zeit konnte sie sich vom Schock dieses Anblickes nicht befreien, um so weniger, als sie fortwährend von plötzlichen Todesfällen zu hören bekam und ein besonderes Mißgeschick zu haben schien, denn immer begegnete sie Rettungswagen oder Begräbnissen und wurde durch diese „Erlebnisse" immer neu an die Möglichkeit des eigenen Todes erinnert. Es ist übrigens auffallend, wie häufig die Agoraphoben von solchen scheinbar zufälligen, auf sie traumatisch wirkenden Begebenheiten überrascht werden. Es ist die Leistung ihrer in einer Richtung eingestellten Aufmerksamkeit, die diese Kranken zur Aufnahme dieser Eindrücke, an denen andere vorübergehen, immer bereit macht (so daß sie selbst den Eindruck gewinnen können, daß gerade sie ein besonderes Pech haben). Es ist noch zu bemerken, daß Pat. ungefähr zur Zeit ihrer Erkrankung, also etwa ein Jahr vor Beginn der Behandlung, in erotische Beziehungen zu einem jungen Mann trat, die von den bürgerlich-moralischen Eltern im Rahmen einer „platonischen Liebe" sanktioniert wurden.

In der Behandlung beim ersten Analytiker hatte sich der Zustand bedeutend gebessert. Es war offenkundig ein „Übertragungserfolg", dessen Bedeutung im Verlauf der Analyse klar wurde. Die verständnis- und liebevolle Behandlung, die ihr zur Zeit des ersten Abschnittes ihrer Analyse als Ersatzbefriedigung für ihre libidinöse Beziehung zum Vater diente, hatte sich so ausgewirkt, daß sie den Weg in die Analyse ohne Begleitperson machen und sich in einem weiteren Umkreise um die Wohnung des Analytikers frei bewegen konnte. Die lebhafte, im Sinne der Wunscherfüllung fungierende bewußte Phantasie, die sich jetzt auf den Analytiker bezog, diente als Schutz gegen die Angst und ersetzte die Begleitperson. Bald nach der Abreise von Dr. X. kam ein neuer Angstschub mit einem unerwarteten Inhalt: Dr. X. könnte auf der Reise etwas passieren, es könnte ihn z. B. ein Herzschlag treffen. Die Besorgnis um seine Person überdeckte eine Zeitlang die um ihre eigene. Jetzt schon könnte ich auf die Analogie mit der ersten Phase des vorher geschilderten Falles hinweisen. Nur war es bei der zweiten Pat. eine vorübergehende Krankheitsphase, die bald dem ursprünglichen Krankheitsbilde: der Angst um die eigene Person, Platz gemacht hat, während bei der ersten Pat. die weitere Entwicklung der Krankheit zu einer Zwangsneurose geführt hat. Dies, wie

erwähnt wurde, infolge einer Regression auf die prägenitale Phase; was aber war in der Gestaltung des Krankheitsbildes bei unserer Agoraphoben der maßgebende Faktor?

Vor allem möchte ich bemerken, daß die Abreise des Analytikers als Liebesenttäuschung empfunden wurde und eine sadistische, aber abgewehrte und in ängstliche Fürsorge umgewandelte Reaktion hervorrief. Die ängstliche Besorgnis entsprach jener hysterischen Reaktionsbildung, die ich schon erwähnt habe. Die Identität der Angstinhalte, früher um die eigene Person, dann um das versagende Objekt, läßt vermuten, daß zwischen beiden Angstvorstellungen eine Brücke besteht.

Die Analyse der Pat. gruppierte sich um zwei traumatische Erlebnisse. Das erste stand im Mittelpunkt ihrer infantilen Lebensphase, das zweite beherrschte ihre Pubertätszeit. Das infantile Erlebnis war die reale Belauschung des elterlichen Verkehrs, bei der sie den Eindruck gewann, daß der Vater die Mutter würge und quäle. Das Pubertätserlebnis war ein schwerer Anfall des Vaters nach einem Bade, in dem er wie tot zusammenbrach und für längere Zeit in ein Sanatorium gebracht werden mußte. Alle Pubertätsphantasien der Pat. waren eine Auffrischung jener infantilen Belauschungssituation, hatten einen feminin-masochistischen Charakter und neben den normalen Inhalten: Vergewaltigung, Erniedrigung zur Dirne usw. noch besonders blutrünstige Züge: ein glühender Eisenstab wird in ihr Genitale gesteckt, sie gebärt ein Kind und zerplatzt dabei in Stücke usw.

In allen diesen masochistischen Phantasien, die um das Belauschungserlebnis entstanden, hatte sich die Pat. mit der Mutter identifiziert. Der Ödipuskomplex endigte mit der Fixierung dieser Identifizierung und des dazugehörigen, gegen die Mutter gerichteten Beseitigungswunsches, der einen besonders aggressiven Charakter hatte. Das Pubertätserlebnis, — die plötzliche Erkrankung des Vaters, — das in die Zeit der Pubertätskämpfe fiel, hatte die Erinnerung an das frühinfantile Erlebnis aufgefrischt und die damaligen, bis dahin verdrängten Reaktionen auf dasselbe dem Vater gegenüber wieder mobilisiert. Diese Reaktionen liefen in einen Todeswunsch gegen den Vater aus. Die Wunschformel lautete: „Wenn du mich nicht liebst wie damals die Mutter, so sollst du sterben." Die Bewußtlosigkeit des Vaters und Krämpfe, die er hatte, waren eben das assoziierende Verbindungsglied zu jener ersten infantilen Szene. Der abgewehrte Todeswunsch gegen den Vater entsprach der regressiven Wiederbelebung des infantilen Wunsches, den Vater zu kastrieren.

Der Ausbruch der Neurose erfolgte, als der reale, sexuelle Angriff von seiten des Geliebten stattgefunden hatte. Die Eltern sollen sie wohl von

der jetzt real begründeten Gefahr „auf der Straße", d. h. außerhalb des Hauses behüten. Ihre Rolle als Begleitpersonen ist aber damit nicht erschöpft. Sobald die Pat. in die Versuchungssituation (d. h. außerhalb der Obhut des elterlichen Hauses) gerät, werden ihre sonst gut in Verdrängung gehaltenen Triebregungen mobilisiert.

Diese Regungen haben vor allem, wie wir das früher gesehen haben, einen masochistischen Charakter. Die Gefahr für das Ich liegt nicht nur in der abgewehrten Triebregung, sondern auch in den destruktiven Tendenzen des Triebes. Die durch Fixierung festgehaltene Ödipuskonstellation, zu der die Pat. regredierte, beruhte ja, wie wir gesehen haben, in einer feminin-masochistischen Identifizierung mit der Mutter. Diese Identifizierung hat zur Folge, daß auch die gegen die Mutter gerichtete Aggression sich gegen das eigene, durch Identifizierung veränderte Ich wendet. Außerdem erfährt diese gegen die eigene Person gewendete Aggression eine Verstärkung aus den feindseligen Tendenzen gegen den Vater.

Diese letzte Feststellung hatte sich besonders klar am Übertragungsverhältnis zu Dr. X. dokumentiert. Das Entgegenkommen des Analytikers, die erwartete Hoffnung auf seine Liebe hatten die aggressiven Tendenzen gemildert und die Pat. angstfrei gemacht. Die eintretende Versagung hatte dann die ganze sadistische Racheeinstellung mobilisiert und der Angst einen Inhalt gegeben, der der Ursprungsstätte näher gelegen war. Die Art des Todes, zu der der Analytiker verurteilt wurde, hatte ganz dem Eindruck entsprochen, den die Pat. vom Anfall des Vaters davontrug. Diese Todesart entsprach auch derjenigen, die sie in ihrer Straßenangst für sich befürchtete.

Der ganze gut verdrängte Inhalt wird nur unter bestimmten Bedingungen mobilisiert. Fern von den Eltern, wird die z. T. real, z. T. symbolisch als „Versuchungssituation" erlebte Straße zu dieser gefahrbringenden Bedingung. Wir können nun verstehen, warum die Angst vor den inneren Gefahren vermindert wird, wenn sie die Eltern mitnimmt. Der scheinbare Schutz vor den äußeren Gefahren der Straße ist doch nur eine plumpe Rationalisierung, eine Verlegung in die Außenwelt.

Die in der Entwicklung ihrer Libido bedingte Identifizierung mit der Mutter bringt zwei Gefahren mit sich: die des Objektverlustes und die der Todesgefahr für das eigene Ich durch die Rückwendung der Aggression. Die reale Anwesenheit der Mutter scheint beide Gefahren zu vermindern. Die erste durch die Feststellung, daß sie ihre zärtliche Fürsorge gewährt und somit als Objekt in der Außenwelt besteht. Die zweite Gefahr — die des Todes — wird dadurch vermindert, daß die Pat., selbst den Schutz der Mutter genießend, die Mutter, also auch das eigene „Ich" beschützen kann.

Auf diese kurz angedeuteten theoretischen Erwägungen werde ich zum Schlusse noch zurückkommen.

Die Patientin (Fall III), über die ich jetzt berichte, ist eine zirka vierzigjährige kleinbürgerliche Frau, Mutter von drei Kindern, bis dahin praktisch gesund, normal. Die ältere Tochter, ein siebzehnjähriges Mädchen, von der Mutter in streng bürgerlicher Moral gehalten, fängt an, sich für Männer, Liebe und für das alles zu interessieren, was eben für ein Mädchen in ihrem Alter von größter Wichtigkeit ist. Die Mutter fühlt sich durch diese Tatsache beunruhigt, und scheinbar gewährend, spioniert sie fortwährend ihrer Tochter nach, umspinnt das harmlose Liebesleben derselben mit ihrer Neugierde und erfährt aus dem Tagebuch ihrer Tochter, welches sie „zufällig" findet, daß dieselbe im Beginn einer Beziehung zu einem Mann steht, für den die Pat. selbst gewisses Interesse hegte. Nun setzt die Neurose ein. Es war für mich besonders interessant zu beobachten, wie die ganze bewußte und unbewußte Phantasietätigkeit meiner vorklimakterischen Pat. unter dem Zeichen der Wiederbelebung der Pubertät stand. Die Tochter nahm im Phantasieleben der Pat. typischerweise jene Stelle ein, die einst deren Mutter ausfüllte. Es entstehen in der alternden Frau die für die Pubertät charakteristischen Deflorations-, Vergewaltigungs- und Dirnenphantasien, also Phantasien von allen jenen Gefahren, die sie eigentlich als besorgte Mutter für ihre Tochter befürchten müßte. In diesen verpönten und abgewehrten Wunschregungen der Pat. selbst ist eine Identifizierung zwischen ihr und der Tochter hergestellt. Gleichzeitig wird diese Tochter zum gehaßten Konkurrenzobjekte, gegen das sich die ganze, einst der Mutter geltende und unterdrückte Rachereaktion der Pat. richtet. Für die fast bewußte Vorstellung der Pat. steht die Tochter ihrem Glück, wie einst die Mutter, im Wege. Pat. pflegte zu erzählen, daß sie von ihrer Mutter ganz anders erzogen wurde als die „modernen" Mädchen. Sie durfte nie ohne Obhut ausgehen; ihr Liebesleben wurde streng bewacht. Dieselbe Situation der Bewachung wiederholt sie in ihrer Platzangst. Sie kann, von Todesangst gequält, nicht allein gehen. Als Begleitperson kommt eigentlich nur diese Tochter in Betracht, aber die Realität erlaubt nicht die Durchführung dieser Bedingung, so daß Pat. auf das Ausgehen meistens verzichten muß.

Hier ist die Rollenverteilung außerordentlich durchsichtig. Die Tochter soll aufpassen, daß die Mutter ihren Triebregungen nicht unterliege, jenen Regungen eben, in denen die Identifizierung mit der Tochter besteht. Zu den Triebgefahren gesellt sich bei unserer Pat. der aggressive Beseitigungswunsch gegen die Konkurrentin, der durch die stattgehabte Identifizierung gegen das Ich wütet. Somit paßt die Mutter auch auf die Tochter auf,

u. zw. besteht die Gefahrsituation für die Tochter nicht nur in ihrer erwachenden Sexualität, die die Mutter beschützen muß, sondern auch in den *ubw* aggresiven Regungen der Mutter. So hat die Tochter als auf-passende Instanz auch die Rolle des Über-Ich übernomen, die verbietende und drohende Obhut, die einst die Mutter der Pat. innehatte. — Wir sehen hier einen analogen Vorgang wie in dem früher geschilderten Fall. Die Begleitperson wird zum „beschützten Beschützer". Der Umstand, daß das Objekt der Identifizierung, gegen das sich die Aggression wendet, in der Außenwelt hergestellt wird und seine Obhut als liebende und nicht als drohende Instanz ausübt, kann die Todesangst zum Verschwinden bringen. Der Identifizierungsvorgang einerseits, die Todesdrohung gegen das eigene Ich andererseits sind passagerer Natur und an die Versuchungs-situation des Außerhauseseins gebunden. Es ist zu bemerken, daß die Angst-gefühle der Pat. anfangs nur an einen bestimmten Teil ihres Weges von zu Hause gebunden waren, an einen Pfad längs eines Zaunes, hinter dem sie häufig Männer ihre Notdurft verrichten sah. Ich betone das deshalb, weil ich den Eindruck gewonnen habe, daß in der Determinierung der Straßengefahren exhibitionistische Tendenzen eine wichtige Nebenrolle spielen. Bei der Wiedergabe der nächsten Krankengeschichte werde ich noch darauf zurückkommen.

Fall IV. Es handelt sich um eine siebenundzwanzigjähre Frau, die seit drei Jahren verheiratet ist. Sie war das mittlere von drei Kindern, von denen das zwei Jahre ältere ein Bruder war, an dem sie einen starken Penisneid entwickelt hatte. Die zwei Jahre jüngere Schwester wurde mit stark oralem Neid belegt. Beides schwer belastende Haßrelationen. Als sie viereinhalb Jahre alt war, starb der Bruder an einer Blinddarmoperation. Dieser Tod fixierte in ihr die schwersten Schuldgefühle, um so mehr, als sich an ihn weitere entscheidende Ereignisse knüpften. Vor allem erlebt sie damals eine große Enttäuschung an der Mutter, die sie durch den Tod des Bruders, statt zu gewinnen, verliert. Die Mutter zieht sich, ganz der Trauer hingegeben, von der Familie zurück, bewohnt allein ein Dachzimmer und bringt durch diese Trennung die kleine Tochter in eine sicher erwünschte, aber gefahrvolle Situation. Die Kleine schläft nun im Bette neben dem Vater und kann ein ganzes Stück weit ihre Ödipusphantasien realisieren. Als die Mutter dann nach einem Jahr wiederum das Familienleben auf-zunehmen versucht, begegnet sie bereits bei der Kleinen neurotischen Reaktionen auf diese Vorfälle. In der Latenzzeit treten dann weitere neuro-tische Schwierigkeiten auf: so Gewitterangst, Erdbebenangst und allerlei kleine Konversionssymptome, die in der Analyse als Schwangerschafts-

phantasien erkannt wurden. Schon in der Vorpubertät hörte sie von Frauen, die in der Nacht auf die Straße gehen und etwas „Schreckliches“ machen, und war am Abend nicht zu bewegen, vom Hause wegzugehen. Die Vorstellungen von diesen Frauen verdichteten sich mit der die Mutter entwertenden Phantasie und machten die Mutter zur Dirne.

Zwei Erinnerungen aus der Latenzzeit spielten in der Analyse eine große Rolle. Die eine galt einem Angstanfall auf der Straße, als sie auf Befehl der Mutter eine Dame, der sie Obst vom Garten gestohlen hatte, um Verzeihung bitten sollte. Sie fügte sich diesem Befehl mit Wut, konnte ihn aber nicht ausführen, weil sie unterwegs von Herzklopfen und Zittern befallen wurde. Sie erkannte selbst, daß es sich damals um eine unterdrückte Wut gegen beide Frauen handelte.

Die andere Erinnerung knüpft an den Inhalt einer Erzählung „Die Turmwächterin“ an.

In einem Leuchtturm verrichtet eine Frau die Dienste einer Wächterin, deren Aufgabe es ist, den Schiffen auf dem Meere Warnungssignale zu geben. Sie wohnt dort einsam mit ihrem kleinen Töchterchen. Eines Tages findet das kleine Mädchen die Mutter oben im Turme tot auf dem Boden liegen. Die Frau ist an einem Herzschlag plötzlich während der Verrichtung ihrer wichtigen Pflichten gestorben. Das mutige Kind übernimmt geistesgegenwärtig die Aufgabe der Mutter und rettet heldenhaft die gefährdeten Schiffe.

Seit der Lektüre dieser Geschichte wird sie jedesmal, wenn die Mutter vom Hause weggeht, von heftigster Angst befallen und steht beim Fenster oder beim Tor, bis die Mutter kommt. Wir bemerken hier denselben Zustand wie bei unserer ersten zwangskranken Pat., nur daß sich die weitere Entwicklung anders gestaltete. In außerordentlich charakteristischer Weise sagt Pat.: „Ich weiß nicht, habe ich Angst um mich oder um die Mutter gehabt.“ Der Inhalt dieser Angst läßt sich aus dem Inhalt der Lektüre entnehmen. Dort übernimmt das kleine Mädchen die Stelle der Mutter. Der Tod der Mutter ist die Bedingung zu einer *ubw* Wunscherfüllung bei der Pat. selbst. Dabei ist die Rolle, die die Pat. in Vertretung der Mutter zu spielen sucht, mit derselben Entwertung und Erniedrigung ihrer eigenen Person verbunden, die der Mutter gegolten hat. Die Erfüllung dieser Wünsche wird die Pat. selbst zur Dirne machen, wie es ihre Phantasie mit der Mutter getan hat. Wir erinnern uns an die infantile Situation, die sicher die traumatische Basis ihrer Neurose war. Wie sehr auch dieselbe den Charakter eines ganz individuellen Erlebnisses hat, stellt sie für uns nicht nur das Klischee der späteren Neurose der Pat. dar, sondern zugleich auch ein grobes Schema meiner Auffassung der

Agoraphobie. Die Pat. wurde als kleines Mädchen von der geliebten Mutter, an der sie sehr gehangen ist, verlassen, ein Trauma im Sinne des Objektverlustes. Die Mutter überließ ihr den Platz neben dem Vater, d. h. sie setzte das Kind der Gefahr der Erfüllung seiner *ubw* Wünsche aus, die in die Identifizierung mit der Mutter münden.

Als die Mutter aus der Emigration zurückkehrt, ist schon alles im kleinen Mädchen auf die Rivalität eingestellt; es wäre ihr nur unter einer Bedingung möglich, ihren Platz zu behaupten, wenn, wie bei der Turmwächterin, die Mutter stirbt. (Die Analogie ist sogar noch durch Ortsverhältnisse gegeben: Dachkammer-Turm.) Gerät die Pat. im späteren Leben in Situationen, in denen ihre verdrängten libidinösen Tendenzen — auch bei ihr wie bei den anderen Fällen von masochistischem Charakter — erfüllt werden können, so ruft sie die Mutter aus der Verbannung, damit diese die Erfüllung der Wünsche verhindere, aber auch damit jener Todeswunsch, der damals gegen die verhütende bzw. störende Mutter aufgetreten ist, an der Pat. selbst nicht in Erfüllung gehe. Das Angstsignal ihrer Agoraphobie ist eben der alte Ruf nach der Mutter.

Kehren wir zur Krankengeschichte zurück. Schon in der Schulzeit steht sie in sentimentaler Liebesbeziehung zu einem Schulkameraden. Als Achtzehnjährige lernt sie ihren späteren Mann kennen, der einen starken sexuellen Eindruck auf sie macht und um sie wirbt. Sie gerät in einen Konflikt. Die häusliche Atmosphäre ihrer Kindheit war ungeheuer asketisch und bigott. Die Mutter hatte nach dem Tode des Sohnes sichtlich eine neurotisch gefärbte Askese auf sich genommen; mit dem eigenen Verzicht wurde sie außerordentlich sittenstreng und belegte alles Sexuelle mit strengstem Verbote. In der Pat. entsteht nun ein Konflikt, als sie durch ihren späteren Mann in ihren wunschlosen Beziehungen zum Freunde gestört wird. Sie hatte bereits für ihr Verhältnis zum Freunde die mütterliche Erlaubnis bekommen, die zum Befehl wurde: man muß seiner ersten „idealen" Liebe treu bleiben. Pat. kann sich nach keiner Seite hin entschließen. Die Beziehung zu ihrem Manne steht deutlich unter dem Verbote, auch äußerlich, denn er ist ein Atheist im Gegensatz zur frommen Mutter. Der Konflikt nimmt neurotischen Charakter an und Pat. versucht einen Ausweg zu finden. In ihr entsteht bereits die Vorstellung, sie werde den Freund durch ihren Bruch töten, d. h. sie trachtet bereits den Störer ihrer Wünsche „wegzuhaben wie einst den Bruder". Sie unterzieht sich zur prophylaktischen Entlastung des Schuldgefühls derselben Operation, der der Bruder erlag. Dies ermöglicht ihr psychisch den Entschluß: sie bricht mit dem Freund und verlobt sich glücklich mit ihrem Mann. Jetzt bricht die Platzangst aus. Als sie an einem Sonntag eine mütterliche Freundin

(Pat. lebt fern von der Heimat) besuchen will, um sie über ihre Befreiung zu benachrichtigen, wird sie unterwegs von dem Gedanken beunruhigt: „Wie wird die Freundin mein Vorgehen beurteilen?" Sie kommt, in Gedanken vertieft, in eine ruhigere Straße und wird plötzlich von angstvollen Gefühlen überrascht: „Jetzt werde ich hilflos zusammenfallen." Die Freundin muß zur Hilfe herbeigerufen werden, und sie kann den Weg nur unter deren Obhut machen.

Was ist geschehen? Der Bruch mit dem Spielkameraden hatte ihre Schuldgefühle schwer belastet und die Reminiszenz an den Tod ihres Bruders hervorgerufen. Durch diesen Bruch hat sie sich die Möglichkeit verschafft, ihre sexuellen Wünsche zu befriedigen, wie damals, als sie neben dem Vater schlief. Alle diese Wünsche bekommen jetzt einen infantilen Charakter und stehen unter dem Zeichen des schweren Verbotes. Wie damals, wird ihr nun die Mutter ihre Liebe entziehen und sie in der sexuellen Gefahr verlassen. Wie damals, wird der Todeswunsch gegen die Mutter wach. Wie sie in der ersten infantilen Neurose, die ich erwähnt habe, auf die Mutter wartet, so kann sie jetzt nicht weitergehen ohne den Schutz und Entlastung des mörderischen Schuldgefühls durch die Mutter. Deshalb muß die Freundin als Mutterimago ihre Wege begleiten.

Die Neurose stabilisiert sich als typische Agoraphobie. Auf Anraten der Ärzte heiratete sie den Geliebten, aber der Zustand wurde eher schlimmer. Das einzige, was sie gewann, war, daß sie in der Person des Gatten die Begleitperson fand, die sie durch ihre Symptome quälte und an sich fesselte. Im Koitus schwere Angstzustände und Vaginismus.

In der Analyse bei mir entwickelte sie bald eine prächtige „Übertragungsneurose", die mir durch das reichhaltige Verhältnis zu meiner Person einen guten Einblick in die Neurose zu gewinnen erlaubte.

Die erste Phase stand unter dem Zeichen der „negativen Übertragung": Ablehnung der Genesung bei mir und Mißtrauen gegen meine Toleranz. Wie kann ich Analytikerin sein, wenn ich meiner eigenen Tochter — wie sie phantasierte — nichts Sexuelles erlaube? Jede Geste von mir empfand sie als Verbot und schwankte zwischen absolutem Protest und sklavischem Gehorsam. Meinen Deutungen brachte sie immer volle Bestätigung entgegen, aber ich bemerkte, daß sie oft, bevor sie z. B. einen auffallend bestätigenden Traum erzählte, krampfhaft zu lachen anfing und oft eine Viertelstunde nicht aufhören konnte. Es war klar, daß sie mich, scheinbar akzeptierend, mißtrauisch verspottete.

Wenn ich ihr einen Rat gab, z. B. sich bei einer Frauenärztin untersuchen zu lassen, geriet sie in ein zwanghaftes Schwanken, mußte gehorchen und konnte doch nicht hingehen Eines Tages forderte ich sie

wirklich auf, nicht, wie gewöhnlich, im Auto, sondern zu Fuß zu mir zu kommen. Sie nahm doch unterwegs einen Wagen, aber diesmal wurde sie, entgegen der Gewohnheit, auch im Auto von intensiver Angst befallen, und zwar der Angst, daß sie jetzt für das Überschreiten meines Gebotes mit dem Tode bestraft würde. Auf der Stiege bemächtigte sich ihrer das Gefühl, mir sei etwas geschehen. In der Stunde bekam sie zum erstenmal einen Angstanfall, der allmählich in einen typischen, tonisch-klonischen Hysterieanfall überging. Sie fiel zu Boden. Am Ende des Anfalls kniete sie vor mir nieder und sagte: „Verzeihen Sie mir." Als ich sie fragte, was ich ihr denn zu verzeihen hätte, sagte sie: „Diese Wut." Es war klar, daß der Anfall eine Wutentladung war.

An diesem Tage ging sie nach sieben Jahren zum erstenmal vollkommen angstfrei weg. Es ist zu bemerken, daß sie bis dahin nie hysterische Anfälle hatte. Die nächsten paar Tage verliefen fast angstfrei und Pat. bildete sich ein Zeremoniell um meine Person, um sich angstfrei zu halten. Z. B. gesellte sie sich im Gehen auf der Straße Frauen zu, in denen sie sich mich vorstellen konnte. Schien ihr eine „schwächlich", so mied sie ihre Nähe, denn diese Frau könnte „zusammenfallen". Oder sie hielt sich stundenlang bei meinem Haus auf und blieb ohne Angst. Eine Visitenkarte, die sie von mir hatte, benützte sie als Schutztalisman, als Stück von mir selbst. Die Pensionsinhaberin, die ich ihr empfohlen hatte, riß ein Stück Übertragung an sich. Mit ihr ging sie aus, aber unter Beklemmungsgefühlen, und hatte Angst, die Dame könnte auf der Straße zusammenbrechen. Der Weg zu mir war in zwei Hälften getrennt. Die erste war angstvoll, in der Mitte gab es ein Loch, vor dem sich die Angst vervielfachte, von da an kam die gefahrlose Zone.

Mit dem Zunehmen der positiven Übertragung steigerte sich die Angst, ich werde sie doch herauswerfen, wenn ich auf alles daraufkommen würde. Dann brachte sie Phantasien, in denen ich alle ihr selbst verbotenen Dinge mache. Sie phantasierte z. B., daß ich in geheimnisvollen Beziehungen zu Männern stehe, mit meinen männlichen Pat. Verhältnisse habe, mich vor ihnen nackt ausziehe, und eines Tages gestand sie mir unter starken Widerständen, sie habe die Idee, daß ich während der analytischen Stunde onaniere. Alle diese Beschuldigungen entsprachen ihren eigenen Wunschphantasien und stellten eine Identität unserer Personen durch ein gemeinsames Schuldmotiv her. Auch die andere Seite meiner Person, die hypermoralische und verbietende, entsprach dem eigenen asketischen Ichideal der Pat. Diese Spaltung meiner Person deckte sich mit der Spaltung, die sie einst an der Mutter vorgenommen und in der sie sich mit ihr identifiziert hatte, einerseits in allen verbotenen sexuellen

Tendenzen, andererseits in dem strengen, drohenden Über-Ich. Auch der wuterfüllte Todeswunsch gegen mich galt — wie die Analyse ergab — dem Protest gegen die Mutter und wandte sich in der Todesdrohung gegen das eigene identifizierte Ich.

So z. B. trat diese Identifizierung zwischen mir und der Mutter besonders klar in folgendem Traum auf:

Sie liegt auf einem harten Gestell, die Füße gegen eine Feuerstätte gerichtet, die eine Kombination von Ofen und Gasherd ist. Das Schlafgestell besteht aus zwei zusammengeschobenen Sesseln, die auseinandergerückt sind, so daß ein Teil ihres Rückens in der Luft hängt. Unterhalb dieses Rückenteiles steht am Boden eine brennende Kerze. Sie muß den Rücken immer im Halbbogen heben, um nicht verbrannt zu werden. Dabei hat sie Herzklopfen und Angstgefühle.

Die Assoziationen führten sie in jene Gefahrsituation, in die die Mutter sie damals, als sie die gemeinsame Wohnung verließ, gebracht hatte. Mit der Kerze pflegte der (sichtlich zwangsneurotische) Vater immer unter ihr Bett zu schauen. Die Bewegungen, die sie im Traume ausführte, entsprachen dem typischen *arc de cercle*, den sie in ihren Anfällen in der analytischen Stunde produzierte. Die Feuerstätte bei den Füßen stellte eine Verdichtung zwischen einem Ofen im Behandlungsraum und einem Küchenherd in ihrer Elternwohnung dar. An diesem Herd mußte sie auf Wunsch der Mutter Frühstück kochen, wobei sie immer eine intensive Angst vor Mäusen hatte, die aus den Löchern unter dem Herde herauskrochen.

In diesem Traum versucht sie die Schuld an der Onanie und an den auf den Vater bezogenen Phantasien auf die Mutter zu schieben. Die Mutter brachte sie doch in diese Situationen, ich aber wiederhole dies durch die Bewußtmachung ihrer Phantasien.

In einem anderen Traum *liegt sie im Bett neben der Mutter. Sie sieht, wie die Mutter onaniert. Sie nimmt die Hand der Mutter vom Genitale weg und erwacht mit Angstgefühlen.* Die hergestellte Identifizierung zwischen der Träumerin und ihrer Mutter einerseits und mir und der Mutter andererseits wurde hier klar (durch die erwähnte, auf meine Person bezogene Onaniephantasie).

Als das Verhältnis zu mir an Angstspannung verlor, traute sich die Pat. immer mehr, ihre sexuellen Phantasien zu verraten. Sie hatten durchwegs einen genital-femininen, stark masochistischen Charakter und die Geburtsphantasie im aktiven und passiven Sinne war von zentraler Bedeutung für ihre Platzangst. Hysterische Anfälle, die sie in der analytischen Stunde produzierte, eröffneten mir den Zugang zu den Inhalten, die in ihrer Platzangst verborgen waren.

Sie traten z. B. auf bei der Reproduktion von Angstträumen oder hatten selbst einen traumhaften Charakter, wobei Pat. nach dem Anfall den Inhalt der Phantasie, die den jeweiligen Anfall begleitete, angeben konnte. Diese Träume und Phantasien waren Darstellungen von Entbindungssituationen. Z. B. *sie befindet sich im Traume in einem finsteren Keller. Sie wird von einer Frau verfolgt, hat furchtbare Angst, weil sie aus dem Keller nicht heraus kann. Plötzlich sieht sie aus ihrem „Kopfloch" Blut fließen, draußen steht ein Rettungswagen, sie wird daraufgelegt und fühlt sich gerettet.* Ihre Assoziationen lassen den Traum als die Darstellung einer Entbindung erkennen.

In einem anderen Traum, bei dessen Erzählung ein Anfall produziert wird, *steht sie beim Fenster, wundert sich, daß sie Angst hat durchzugehen, wirft eine kleine Puppe durchs Fenster auf die Straße und hat dabei das Gefühl, jetzt müsse sie sterben. Dieses Gefühl wird durch lebhafte Jaktationen mit dem ganzen Körper abgewehrt.*

Besonders interessant erwies sich in diesem Fall die allmähliche Umwandlung in eine Anfallshysterie. Mit der Besserung der Beziehung zu mir und mit der Milderung der destruktiven Funktion des nun nachgebenden Über-Ichs verminderte sich die Angst und Pat. bekam bei jeder Belebung eines verdrängten Inhaltes durch die Analyse hysterische Anfälle, aber bezeichnenderweise n u r in der Behandlungsstunde. Diese Anfälle stellten Situationen von ausgesprochen genitalem Charakter (Onanie, Koitus, Geburt, Entbindung) dar. Pat. meinte, sie könne sich diese Anfälle bei mir erlauben, denn wenn sie auch wie Totwerden sind, so brauche sie sich doch nicht zu fürchten, wenn ich dabei bin. Draußen auf der Straße scheine ihr die Angst als Schutz vor der Erfüllung der unbewußten Tendenzen notwendig zu sein. Ich glaube, wir können die Begründung der Pat. akzeptieren. Solange die aggressiven Tendenzen ihres Über-Ichs mit dem Tode drohen, müssen die Wunschregungen unter dem Verbote stehen. Wo aber die Spannung zwischen Ich und Über-Ich (d. h. in der analytischen Situtions zwischen ihr und mir) geringer wird, können die gewährenden Kräfte in Funktion treten und sie kann sich die symbolische Darstellung ihrer verdrängten Triebwünsche im Anfall gestatten. Ich glaube, daß die Korrektur ihrer aggressiven Tendenzen durch die Psychoanalyse bewirkte, daß die Strenge des Über-Ichs geringer wurde, die genitalen Tendenzen sich durchsetzen konnten und an Stelle der hemmenden Angst die motorische Entladung im hysterischen Anfall erfolgte.

Wir sehen in diesem Fall die Wandlung einer Neurosenform in eine andere, wie in dem ersten oben beschriebenen Fall, in dem eine Angst-

hysterie die Metamorphose zu Zwangsimpulsen durchgemacht hat. Zuerst war die innere Gefahr der sadistischen Regungen durch die überzärtliche Angst um das gefährdete Objekt gebändigt. Mit dem Durchbruch des verdrängten Vorstellungsinhaltes konnten die nun bewußt gewordenen aggressiven Tendenzen durch äußere Maßnahmen bekämpft werden. Alexander[1] meint, daß der Durchbruch der Mordimpulse dann zustande kommt, wenn das Ich infolge von Strafen, die es von seinem Über-Ich erfahren hat, dem Es gegenüber seine Widerstandskraft eingebüßt hat, andererseits aber durch das Leiden die Gewissensansprüche des Über-Ichs befriedigt hat und sich die Bewußtmachung gestatten darf. In unserem früher besprochenen Fall von Zwangsimpulsen scheint noch eine andere Bedingung diesen Durchbruch ermöglicht zu haben. Solange der Mechanismus des Unbewußtbleibens sich in einer für die Hysterie typischen Weise auch auf das Schuldgefühl erstreckte, solange konnte die feindselige Regung unter der ängstlichen Fürsorge um das bedrohte Objekt verborgen bleiben. Bei der Verstärkung der destruktiven Tendenzen durch die Regression sucht das bedrängte Ich eine rationelle Rechtfertigung der ins Bewußtsein drängenden Schuldgefühle. So wie der „Verbrecher aus Schuldgefühl" sich in der Außenwelt zu dessen Rationalisierung einen realen Grund zu verschaffen sucht, so versucht das bedrängte Ich eine Rationalisierung für seine Schuldgefühle in der eigenen Innenwelt zu finden. Auf der Suche nach dem Schuldmotiv kommt es zur inneren Wahrnehmung seiner Mordtendenzen. Die Regression zur sadistisch-analen Phase war, wie wir gesehen haben, im ersten Fall das Motiv zur Symptomwandlung. Im letzten Fall trat die Symptomwandlung ein, nachdem durch günstige Übertragungsbedingungen sowohl die Haßtendenzen wie auch die Strenge des Über-Ichs gemildert wurden.

Aus dem oben beschriebenen Beobachtungsmaterial können wir uns die Beziehung der Platzangst zur Hysterie einerseits, zur Zwangsneurose andererseits folgendermaßen erklären: Wir wissen nach Freud, daß die Phobie durch ihre Zugehörigkeit zur genitalen Phase der Hysterie zuzurechnen ist. Es scheint sich dabei regelmäßig um Individuen zu handeln, bei denen der Ambivalenzkonflikt schärfer, die sadistischen Regungen stärker sind, als es sonst der genitalen Stufe entspricht. Durch das Erreichen und Beibehalten der genitalen Stufe kommt es wohl nicht zur Bildung von Zwangssymptomen, aber von der sadistisch-analen Stufe aus besteht doch eine Attraktion, die einen regressiven Schub provozieren kann und eine Umgestaltung der hysterischen Neurose in eine Zwangs-

1) Op. cit.

krankheit wie im Fall I oder ein Fluktuieren der Symptome hervorrufen kann.

Unter bestimmten Bedingungen werden verdrängte Regungen mobilisiert und das Verhältnis zum zärtlich geliebten Objekte wird regressiv zur einmal stattgehabten und fixierten Identifizierung erniedrigt. Die unter denselben Bedingungen mobil gemachten aggressiven Regungen, die gegen diese identifizierten Objekte gerichtet sind, erleiden infolge der Identifizierung eine lebensbedrohliche Wendung gegen das Ich.

Der Vorgang erinnert an den der Melancholie. Dort ist das Objekt introjiziert und das Ich erleidet vom Destruktionstriebe das Schicksal des Objektes: die Todesdrohung und ihre Angstreaktion im bedrohten Ich. Der Unterschied ist, daß bei der Phobie die Identifizierung auf einer höheren Stufe der Libidoentwicklung zustande kommt und somit eine passagere und korrigierbare ist. Sie tritt nur unter bestimmten Bedingungen auf und ist durch ein bejahendes Verhalten des anwesenden und liebespendenden Objektes rückgängig zu machen. Dasselbe trifft auch für die Aggressionsneigung zu, die, in Todesgefahr für das eigene Ich auslaufend, durch Anwesenheit und Schutz des Objektes eine Korrektur erfährt.

Ich halte diese in der Ödipuskonstellation bedingte Identifizierung mit dem Objekte, dem die feindseligen Tendenzen gelten, für das Charakteristische der Platzangst. Das Schuldgefühl kann durch den Umstand befriedigt werden, daß in der „Wendung gegen das Ich" das letztere die Todesdrohung an sich erfährt. Die Spannung zwischen dem Ich und den drohenden Instanzen im Über-Ich wird aber erst entlastet, wenn die Anwesenheit des schützenden Objektes bestätigt, daß dieses nicht in Lebensgefahr ist und das angstvolle Ich nicht verlassen hat.

Im letztbeschriebenen Fall konnten wir genau in der Übertragung die Genese dieser Spannung zwischen Ich und Über-Ich verfolgen. Sie spielte sich zwischen zwei Identifizierungen ab: die eine galt dem erniedrigten Objekte und die gefahrbringenden Triebregungen stellten die Identifizierungsbrücke her: „ich bin so wie du, meine Triebwünsche machen mich dir gleich." Die andere Identifizierung galt dem strengen, verbietenden Objekte, — der asketischen Mutter, — deren Strenge aber immer erst in der Versuchungssituation, auf der Straße, sich geltend machte. Bei meinen weiblichen Pat. stand die erste Identifizierung im Zeichen einer femininmasochistischen Einstellung.

Als wichtige Nebenerscheinung habe ich stark exhibitionistische Tendenzen beobachten können. Ich möchte nur noch bemerken, daß meine letzte Pat. sich viel angstfreier gebärden konnte, wenn sie auf der Straße

die Augen schloß. Von wichtiger zentraler Bedeutung ergab sich mir die passive und aktive Geburtsphantasie, für die das Vom-Hause-weg-, das Draußen-in-der-Welt-Sein, eine wichtige symbolische Bedeutung hat.

Die Entbindungsangst als Bestandteil der feminin-masochistischen Phantasie ist ein direkter Erbe der Kastrationsangst, und gerade die Fälle von Agoraphobie ließen mich deutlich dasjenige erkennen, was mir überhaupt für die weibliche Libidoentwicklung charakteristisch zu sein scheint. Das Aufgeben des Peniswunsches geht direkt in den dunklen Wunsch eines schmerzhaften Eingriffes über, und so bekommt der Kastrationswunsch und sein direkter Nachkomme, der Deflorations-, bzw. Entbindungswunsch, im Unbewußten des Weibes gemeinsame Repräsentanzen. Die nicht überwundene Kastrationsangst verwandelt sich bei der Frau im neurotische Deflorations-, bzw. Entbindungsangst.[1] In der Analyse Agoraphober kann man diesen Umwandlungsprozeß deutlich verfolgen.

Ich habe den Eindruck, daß die feminin-masochistische Geburtsphantasie auch bei männlichen Agoraphoben dieselbe Rolle spielt.

Ob diese Fälle eine volle Klärung der Frage, warum die Straßenangst nur auf der Straße auftritt, ermöglichen, weiß ich nicht. Natürlich besteht da immer eine Angstbereitschaft, die unter bestimmten, an die Straße gebundenen Bedingungen ausbricht. Diese Bedingungen hatte Freud einerseits im Verlust der schützenden Obhut des Hauses gesehen, andererseits in den Versuchungen der Straße. Diese Versuchung tritt dort auf, wo das Liebesleben durch regressive Momente zum Dirnentum erniedrigt wird — dies ist vor allem durch die an meinen Fällen deutlich erwiesenen masochistischen Tendenzen bedingt. Ebenso bietet die Straße eine besondere Gefahr für die exhibitionistischen Triebregungen, die in den von mir analysierten Fällen stark vertreten waren.

Als wichtige Determinierung ergab sich mir die passive und aktive Geburtsphantasie. Auch die stark libidinöse Bedeutung des Gehens und der Beine, auf die Abraham aufmerksam gemacht hat, spielt als Nebenbefund sicher eine Rolle.

1) In einer demnächst erscheinenden Arbeit „Über Frigidität" soll auf diese Vorgänge näher eingegangen werden.

PSYCHOANALYTIC ... LIBRARY

Über Depersonalisation

Von

I. Sadger

Wien

In den letzten Jahren hat ein rätselhaftes Zustandsbild die Beachtung der Nervenärzte immer mehr auf sich gezogen: die Depersonalisation. Man hat diese Krankheit nicht nur rein und als genuine Form in freilich bloß vereinzelten Fällen, sondern noch viel öfter ähnliche Zustände, in verschiedene Neurosen und ganz besonders in die Schizophrenie eingesprengt, beschrieben. Ich bemerke, daß ich in den folgenden Ausführungen nur von rein ausgebildeten Formen spreche. Denn sobald sich diese mit Neurosen oder Psychosen mengen, wird das Krankheitsbild verwischt und man kann dann nicht mehr mit Bestimmtheit unterscheiden, was der Depersonalisation zukommt oder einer anderen Affektion. Zunächst will ich einen klassischen Fall, den ich psychoanalytisch durchforschen konnte, ausführlich beschreiben.

Krankengeschichte

Vor einigen Jahren suchte mich ein damals neunzehnjähriger Techniker auf und erzählte mir folgende Krankengeschichte. Er habe nicht die Realschule, sondern das Gymnasium absolviert und in den ersten sechs Klassen noch ganz normal gelernt, ja, er sei sogar immer Primus gewesen. Erst als in der siebenten das Gymnasium gesperrt wurde und er privat weiterlernen, dabei aber noch einen Kameraden unterrichten und Klavier spielen mußte, wäre seine Krankheit ausgebrochen. Damals sei er in einer Periode der Lesewut gestanden. Doch merkte er bald, daß er nicht mehr ruhig lesen und lernen könnte, wie früher, sondern beständig durch allerlei Gedanken und eine innere Unruhe gestört würde. „Meine Neurose begann damit, daß ich an der Realität der Welt zu zweifeln anfing, ob das, was mich umgibt, auch wahr sei. Das Ganze kam mir vor wie ein Traum, als sähe ich alles durch einen Schleier. Dann kam mir nach und nach jede Tat als unsinnig vor, als ziel- und zwecklos. Trotz all dieser Schwierigkeiten habe ich, wenn auch mit doppelter Mühe, die siebente

Gymnasialklasse als Privatist beendet und ein Zeugnis mit lauter Einsern erhalten. Aber seelisch war ich schon zusammengebrochen, die Sonne hat mir ganz anders geschienen, ich konnte mich unter den Leuten nicht mehr zurechtfinden. Dann ging ich in die Hauptstadt und machte dort sieben Monate lang Psychoanalyse, wovon ich allerdings sechs Monate fast nichts gesprochen habe. Dieses Jahr war für das Studium ganz verloren. Das Jahr darauf ließ ich mich in ein Provinzgymnasium einschreiben, bestand sogar die Matura mit Auszeichnung, doch erlernt habe ich in diesem Jahre nichts mehr." Im September trat er dann in meine Behandlung.

Einen entscheidenden Punkt berührte er gleich in unserer ersten Besprechung. Als er dreieinhalb Jahre zählte, verlor er seine Mutter an Bauchtyphus und wurde bis in die jüngste Zeit von den Großeltern mütterlicherseits aufgezogen. Den größten Einfluß auf seine Erziehung nahm nicht der Vater, der ein schläfriger Patron ohne jede Tatkraft ist und als Witwer auch bald in eine andere Stadt übersiedelte, sondern der Großvater und in minder gutem Sinne auch die Großmutter. Den Tod seiner Mutter hat mein Patient bis zum heutigen Tage nicht verwinden können. Nach ihrem Verscheiden fragte er stets: „Wo ist die Mutter, wo ist die Mutter? Warum kommt sie nicht?" — „Das ist dasjenige," fuhr er dann fort, „was ich nicht begreifen konnte und wollte und auch heute noch nicht begreifen kann. Die Großeltern wollten mich beruhigen: ‚Der liebe Gott hat sie zu sich genommen.' — ‚Wird sie wieder kommen?' — ‚Ja, der liebe Gott wird sie gesundmachen und dann zurückgeben.' Und als sie dann doch nicht kam und ich mit Fragen nicht locker ließ, wurde mir bedeutet: ‚Der liebe Gott hat sie zu sich genommen und sie schaut jetzt von oben auf dich herab.' Damals hat mich die Sehnsucht nach der Mutter riesig gequält und muß auch die erste Zurückziehung von der Welt erfolgt sein. Wahrscheinlich lebte Mutter in meinen Phantasien fort. Als sie gestorben, war mir die Realität unter den Füßen weggezogen. Der Gedanke erschien mir unfaßbar, daß sie nie wiederkommen wird, daß sie nicht mehr da ist.[1] Und weil ich das nicht begreifen wollte, kann ich so viel anderes auch nicht begreifen. Beim Besuch der Vorlesungen kann ich z. B. oft nichts verstehen von dem, was da vorgetragen wird. Das sind nur leere Worte für mich." Diese Unmöglichkeit, im Studium mitzukommen, ja auch nur den Vorlesungen

1) Eine bezeichnende Einzelheit: Sein um elf Monate jüngerer Bruder, der also die Mutter mit noch nicht drei Jahren verloren hatte, nahm dies Ereignis sofort mit aller Gefaßtheit hin: „Mutter ist tot!" — und hatte davon bis heute keine besonderen Folgen.

zu folgen, war es hauptsächlich, die ihn die Analyse wieder aufnehmen ließ.

Unterrichten wir uns rasch über die

Familienverhältnisse

Von der Mutter hatte der Kranke zu Beginn der Psychoanalyse fast nur die Erinnerung an ihren Tod. Erst eine Anzahl von Träumen schob den Riegel von jener Amnesie zurück, worauf ich später zurückkommen werde. Sein Verhältnis zum Vater, der ihn sichtlich sehr liebt und schwere materielle Opfer für ihn bringt, ist trotzdem ein schlechtes. Aus seiner Kindheit erinnert er sich bloß, daß er ihn einmal durchgeprügelt habe, als er durchaus mit der Mutter aufs Klosett gehen wollte. „Jetzt irritiert mich alles an ihm. In den letzten Jahren sagte mir ein kindisches Gefühl, er sei einigermaßen schuld an dem Tode der Mutter infolge der sexuellen Sachen, die er mit ihr gemacht hat. Und als ich in einem Roman von Zola von einem Sohne las, der mit seiner Stiefmutter ein Verhältnis hatte, fiel mir ein: Wenn Papa nochmals geheiratet hätte, wäre ich mit der Stiefmutter eine Liebschaft eingegangen.“ Nach alledem ist wohl die Ödipuseinstellung unverkennbar. Auch Todeswünsche auf den Vater fehlen nicht, wie aus verschiedenen Träumen hervorgeht. Früh entwickelte sich ein schweres Schuldbewußtsein, das ihn einerseits mit zum Musterknaben machte, andererseits bewirkte, daß er schon mit sechs Jahren kein Spielzeug mehr vom Vater zu erbitten vermochte, wie jetzt kein Geld für seine Lehrbücher oder auch nur für das blanke Essen. Neben dieser symbolischen Selbstkastration quält ihn, wie aus seinen Träumen ersichtlich, auch öfter die Angst, wegen seiner sexuellen Wünsche auf die Mutter vom Vater direkt kastriert zu werden. Noch heute, wenn er abends mit geschlechtlichen Gedanken im Bette liegt und der Vater hereintritt, vergehen jene alle. Auch plagt ihn aus seinem Schuldbewußtsein heraus eine besondere Furcht, auf der Straße mit einem Mädchen gesehen zu werden, was ursprünglich bloß auf den Erzeuger ging, seit kurzem jedoch schon auf alle Menschen übertragen wird. Von den übrigen Familienmitgliedern spielen ein um elf Monate jüngerer Bruder und eine um drei Jahre jüngere Schwester, die übrigens fern von ihm erzogen wurde, in seinem Leben kaum eine Rolle.

Desto mehr die Großeltern, in deren Hause er noch zu Mutters Lebzeiten fast mehr verweilte, als in dem seiner Eltern. Die wahre Respektsperson seiner Kindheit, die durch Vorbild und Erziehung großen und heilsamen Einfluß auf ihn übte, war der Großpapa. Als aber auch er in meines Kranken dreizehnten Lebensjahre starb, ging diesem sozusagen

jeder Halt verloren. Der Einfluß der Großmutter, die noch heute in außerordentlicher Liebe an ihrem Enkel hängt und sicherlich in ihrer Art das Beste für ihn wollte, war in vielfacher Hinsicht verhängnisvoll. Einerseits erzog sie ihn in allen geschlechtlichen Dingen mit großer Prüderie, andererseits hielt sie ihn aus lauter Liebe, damit er sich ja nur nicht verletze, von jeder manuellen Betätigung und jedem Sport sorgfältig fern. Als er, bereits in der Vorpubertät, fleißig zu basteln begann, — er hatte damals schon ein besonderes Interesse für Maschinen und alle technischen Dinge, — da nahm sie ihm die Werkzeuge aus der Hand, so daß er die Sachen bloß in der Phantasie ausführen konnte. „Damit begann, daß ich zu einer Tat unfähig wurde. Eigentlich hat mich die Großmutter zur Tatenlosigkeit systematisch erzogen. Ich sollte weder mit Hammer und Säge hantieren, noch Kahn fahren und schwimmen, noch mit anderen baden gehen, sondern durfte nur zu Hause sitzen und lernen, was im Buche stand, und so verlor ich jeden Kontakt mit dem wirklichen Leben und wollte fortab nur ‚der brave Bub' sein. Im Grunde bin ich dieser noch heute. Ursprünglich war ich es nicht, aber nach und nach hat es sich so ergeben. Mit elf, zwölf Jahren habe ich mich noch aufgelehnt und bin ein- bis zweimal davongelaufen. Aber jede Auflehnung wurde unterdrückt, was um so leichter gelang, als ich vom Vater und Vatersvater her nur wenig Widerstandskraft besitze. Und so wurde ich schon im dreizehnten Jahre der brave Bub, damit niemand auf mich böse sei."

Viel trug dazu auch bei sein böses Gewissen infolge ununterdrückbarer sexueller Wünsche. Er war schon früh ein geschlechtlich stark geweckes Kind. Im Hause der Großeltern aber herrschte eine arge Prüderie, welche freilich die schamhafte Großmutter nicht verhinderte, sich sehr unvernünftig gegen ihren Enkel zu betragen. Schon das war bedenklich, daß sie all seinen sexuellen Fragen bestenfalls auswich, wenn sie sie nicht direkt falsch beantwortete oder barsch zurückwies, so daß jener schließlich überhaupt nicht mehr wagte, von irgendwie heikleren Dingen zu reden. Noch ärger aber war, daß sie ihn überlang als kleines Kind behandelte, kindisch kleidete und jede Äußerung seiner Selbständigkeit unterdrückte. Bis zu seinem zehnten Jahre nahm sie ihn zu sich ins Bett, nach dem Tode des Großvaters mußte er im Nebenbette schlafen und vermutlich aus ihrer eigenen Schaulust heraus hätte sie, wie mein Patient berichtet, noch den Fünfzehnjährigen am liebsten am ganzen Körper gewaschen! Umgekehrt frönte sie ihrer eigenen Exhibitionslust, indem sie sich von dem Sechzehnjährigen am entblößten Rücken bis hinunter massieren ließ. „Zwischen sechzehn und siebzehn Jahren, wenn wir uns an den Winterabenden auszogen, sagte mir Großmutter, ich solle ihr den Rücken reiben, er tue

ihr weh. Und da konnte ich nur mit großer Mühe oder gar nicht sexuelle Regungen unterdrücken. Ich wollte es bloß, aber es ging nicht. Und infolge dieser Unterdrückungsversuche bin ich dann an meinem jetzigen Zustand erkrankt. Eigentlich empfand ich nicht so sehr das Schauen als verboten, wie meine sexuellen Gefühle dabei, und ich wünschte mir, schauen zu können, ohne geschlechtlich empfinden zu müssen. Dieser verhängnisvolle Wunsch ist später tatsächlich in Erfüllung gegangen." Wir werden auf diesen entscheidenden Punkt im folgenden ausführlich zurückkommen müssen.

Ich sagte oben von meinem Kranken, er sei sexuell früh geweckt gewesen. Besonders waren es zwei geschlechtliche Teiltriebe, die am stärksten hervortraten: seine übergroße Schaulust, offenbar als Erbteil von Mutter und Großmutter her, und ein lebhafter Sado-Masochismus, der sich freilich nur in der Phantasie austobte. Patient gehört zunächst ausgesprochen zum *Typ visuel.* „Um etwas lernen zu können, mußte ich mir alle Sachen vorstellen. Wenn ich mich dann selbst prüfte, tat ich das nicht mit Worten, sondern indem ich die Bilder vor meinem inneren Auge aufrollen ließ, als wäre ich im Kino. Ich lernte z. B. Geschichte und Kriege. Da malte ich mir aus: hier ist die Enge von Thermopylae. Auf der schmalen Seite stehen die Griechen, dann kommen die Perser. Oder die Türkenbelagerung von Wien. Da merkte ich mir nicht die Worte des Buches, sondern ich sah ungefähr die Landkarte von Wien, ein großes Heer um die Stadt herum, — die Zahl merkte ich mir, — dann den Sultan, die Polen und endlich die Donau, wo Sobieski die Türken hinuntertrieb. Kurz und gut, ich hatte stets ein ganz genaues Bild vor mir, und selbstverständlich war ich dann imstande, die Bilder zu beschreiben. Vielleicht hängt auch mein Hang zu Phantasiebildern damit zusammen, daß ich alles in Bildern sah. Einem anderen klingen die Worte des Lehrbuches im Ohr, ich aber dachte und erinnerte mich nur in Bildern: an dieser Stelle und auf dieser Seite des Buches habe ich es gelesen. Bei Mathematik sah ich die Formel vor mir, die schwarze Tafel mit den weißen Kreidebuchstaben, die ich dann nur abzulesen brauchte. Oder ich sah ein Papier, auf dem die Ableitung der Regel aufgeschrieben war. Früher führte ich auch große Additionen im Kopfe so aus, daß ich immer die Zahlenreihe vor mir erblickte, als machte ich die Rechnung auf dem Papier. Sehen war für mich immer die Hauptsache. Auch wenn ich etwas auswendig lernte, wußte ich genau: jetzt kommt eine neue Seite, und blätterte sie sozusagen um. Ich hatte stets im Kopfe: die eine Sache steht rechts oben, die andere links unten. Da ich zu Beginn meiner Krankheit nicht mehr lernen konnte, ging zunächst die Fähigkeit verloren, aus

Buchstaben mir ein Bild zu konstruieren. Was ich las, war für mich nur ein Geräusch ohne Sinn." Und als sich während der Analyse eine Besserung einstellte, kehrte als erstes das Vermögen wieder, in Bildern zu denken. Einmal erklärte er mir: „Wenn ich jetzt etwas lese, ist es, als blätterte ich in einem Bilderbuche."

Diese Sehhaftigkeit bekam nun bei seiner sexuellen Geweckтheit schon früh eine ganz bestimmte Richtung. „Vom vierten bis fünften Jahre ab hat mich stets der Wunsch gequält, ein nacktes Weib zu sehen, u. zw. damals ihren Hintern. Dabei wäre es mir ganz schrecklich gewesen, hätte jemand mich entblößt gesehen. Wenn mich zwischen fünf und sieben Jahren die Magd zu Bett brachte und ich mein Wasser abschlagen mußte, verlangte ich, sie müßte das Zimmer verlassen. In der Pubertät ging das so weit, daß ich mich sogar vor Männern im Dampfbad schämte." Also nebeneinander aktive Schau- und verdrängte Exhibitionslust. Zu gewissen Zeiten ward sein Verlangen nach nackten Weibern besonders heftig. So peinigte ihn schon im achten Jahre der Gedanke: Nur sehen, sehen und wieder sehen! Und selbst bei einer alten, häßlichen Bettlerin konnte er die Vorstellung nicht unterdrücken: Wie würde die nackt aussehen? Einen neuen Vorstoß machte seine Schaulust in der Vorpubertät. „All meine Wünsche vom zwölften Jahre aufwärts könnte ich in den einen Wunsch zusammenfassen: Schauen, schauen, schauen!" Und ein andermal erklärt er: „In der Pubertät waren in mir zwei Personen: die eine, der sozusagen scheue Knabe, stets nur darauf bedacht, das brave Kind zu sein, und eine zweite, der Jüngling mit quälendsten sexuellen Gedanken sadistischer sowie anderer Art. Vor allem aber verlangte es mich, zu sehen, zu sehen und wieder zu sehen! Dies alles aber bloß in der Phantasie. Denn niemals habe ich den Versuch gemacht, in Wirklichkeit zu schauen. Ich bin bisher etwa sechsmal bei Dirnen gewesen. Aber wenn ich die Wahrheit gestehen soll, so muß ich sagen: es ist nicht richtig, daß ich ein Mädchen nackt geschaut habe." Man erkennt hier deutlich die Abhaltung der Erfüllung seiner Wünsche vom Bewußtsein. Dieses nimmt einfach das Genießen nicht zur Kenntnis und erfüllt damit einen früheren Wunsch: Geschlechtliches zu schauen, ohne sexuell dabei zu empfinden. Ferner wird auch ganz offenkundig, wie die Unterdrückung geschlechtlicher Schaulust mit scheinbarer Fühllosigkeit Hand in Hand geht.

Ich komme nunmehr zu seinem zweitstärksten Teiltrieb, dem Sado-Masochismus. „Mit zwölf Jahren", erzählt mein Patient, „war ich bei Tag das harmloseste Kind. Aber wenn ich zu Bette lag, kamen mir die ausschweifendsten Phantasien von Menschen, die gequält, an den Füßen aufgehängt oder von einem Dolche geschnitten werden. In einer Erzählung

von Jules Verne hatte ich von Sklaven gelesen, die gequält und mißhandelt, nackt gespießt und gehängt wurden. Und weiter in einer Novelle von Jókai von einer russischen Hofdame, die sich gebrüstet hatte, schöner zu sein als die Zarin, und dann auf deren Befehl öffentlich nackt ausgepeitscht wurde. Als ich das las, hat es mich sehr erregt und gab mir Anlaß zu vielen Phantasien. Andere Male stellte ich mir wieder Frauen vor, die durch die Scheide gespießt, oder Leute, die von einer Chausseewalze überfahren wurden; oder aber, daß Frauen auf der Straße gepackt, in eine unterirdische Höhle geschleppt und dort mißhandelt wurden, wobei ich jedoch nur den Zuschauer abgab."

Auch die Wendung gegen die eigene Person und damit die masochistische Note mangelt ihm nicht. So erzählte er gleich in der ersten Stunde: „Wenn ich zu Beginn der Pubertät, aber auch schon früher in der Zeitung las, jemand sei ein Unrecht geschehen, er sei z. B. unschuldig eingesperrt worden und später seine Unschuld herausgekommen, dann versetzte ich mich in die Lage des Betreffenden, mir sei das Unrecht widerfahren, am Ende aber hätte die Wahrheit gesiegt. So war das Gequältwerden für mich ein gar nicht unangenehmes Gefühl, nur mußte schließlich die Gerechtigkeit triumphieren und sich meine Unschuld womöglich mit Eklat herausstellen." In einer späteren Stunde ergänzte er dann: „Wenn ich mir die Verfolgung des Unschuldigen besonders lebhaft vorstellte, dachte ich sofort: Wenn meine Mutter noch lebte, könnte mir das nicht begegnen. Manchmal hatte ich an meinen Leiden und Qualen direkt ein sadistisches Vergnügen: Meinetwegen soll ich zugrunde gehen! Das war bis in die letzten Monate so. Früher war mir das bloße Sein schon ein Leiden, doch ein Leiden, das mir sehr viel Lust bereitete. Es machte mir sozusagen Vergnügen, zu leiden. Das ist vielleicht die Kehrseite meines Sadismus. Auch hatte ich häufig die Vorstellung, ungerecht beschuldigt zu sein und bestraft zu werden, während ich mich innerlich im Rechte glaubte. Ich hatte mich z. B. mit dem Bruder gestritten und wurde dann vom Großvater, der den Anfang nicht gesehen hatte, zusammen mit dem Bruder bestraft. Dann zog ich mich gleich in den Mutterleib zurück, d. h. in einen Winkel, wo ich schmollte und ein Vergnügen daran fand, daß mir wieder einmal unrecht geschehen sei. Ich kann überhaupt nicht leugnen, daß in meiner ganzen Neurose etwas wie ein Vergnügen mitspielte, sonst hätte ich sie wohl schon längst aufgegeben."

Im Grunde begann der Sadismus sehr früh, schon zwischen vier und fünf Jahren, also kurz nach dem Tode seiner Mutter. Damals spielte er mit den Dienstboten ein Spiel, „Abschlachten", was er vermutlich auch — sein spontaner Einfall — in ganz jungen Jahren bei der Mutter getan

hatte. Nun aber bekam das Spiel eine Fortsetzung. Er legte seine Hand an den Nacken der Magd und sagte: „Jetzt werde ich Sie abschlachten", worauf sie alle viere von sich strecken mußte, als wäre sie tot. Dabei hatte er allerdings ein ausgesprochenes Schuldgefühl. Wie man sieht, rührt dieses sadistische Spiel und sein Schuldbewußtsein von frühen Todeswünschen auf die Mutter. „Als dann mit zwölf Jahren meine sadistischen Phantasien wiederkehrten, habe ich mir in diesen ein ganzes Schlachthaus eingerichtet, wo alles maschinell zuging, die Menschen erst auf Haken aufgehängt und dann auf verschiedene Weise zerschnitten und gespießt wurden. Dabei hatte ich in meiner Kindheit niemals dem Schlachten eines größeren Tieres beigewohnt, und wenn ich das einmal bei einem Huhn oder einer Gans sah, wandte ich mich stets mit Ekel ab. Übrigens weckt ein schöner Frauenhals, den ich in der Nähe habe oder gar mit dem Finger betaste, noch heute sadistische Gedanken an Erwürgen oder ähnliches."

Das Spiel vom Schlachten kombinierte er endlich auch noch mit seiner sexuellen Schaulust, indem er der Dienstmagd die Röcke hob, um ihren nackten Hintern zu erspähen. Er tat dies ganz ungescheut vor der Großmutter und lachte dazu, auch wenn er dafür ein paar Klapse erhielt. Und jetzt kam eine entscheidende Erinnerung: „Zwischen vier und sechs Jahren habe ich allwöchentlich zusammen mit der Großmutter gebadet, wobei sie mich auf den Knien hielt. Dann ließ sie das Hemd an den Schultern heruntersinken, damit ich ihr den Rücken wasche. Ich glaube, ich trachtete damals schon, hineinzuschauen in das Hemd auf den Popo. Wenn sie dann aus der Wanne stieg, mußte ich mich umdrehen und wagte niemals hinzuschauen, obwohl ich es gerne getan hätte. Ich glaube, damals empfand ich oft Gewissensbisse. Merkwürdigerweise habe ich mich bisher noch nicht getraut, das zu beichten. Noch etwas fällt mir ein: Wie Großmutter erzählte, hat meine Mama auch nach ihrer Verheiratung noch in der Küche der Großeltern gebadet. Ob ich da nicht auch mit der Mutter zusammen gebadet habe und da ihren Popo zu sehen bekam, wie mein Bruder bei der Tante (Schwester der Mutter), als diese ihn mit in die Wanne nahm?"

Machen wir hier einen Augenblick halt. Das Schauen auf die nackte Großmutter zwischen sechzehn und siebzehn Jahren, von dem er seinen jetzigen Zustand ableitet, war nicht die primäre Ursache seiner Erkrankung. Vielmehr erhielt es erst dadurch eine entscheidende Bedeutung, weil dahinter sich ein früheres Schauen auf die Großmutter zwischen vier und sechs Jahren barg und zu allertiefst ein solches auf seine Mutter.

Gegen Ende des ersten Analysenmonats begann er einmal plötzlich: „All meine Phantasien bauen sich um etwas auf: das nackte Weib oder

richtiger die nackte Mutter. Mit einem halben, einem, eineinhalb Jahren habe ich ganz bestimmt die Mutter nackt gesehen. Es ist merkwürdig, ich wollte zuerst sagen: ‚es ist möglich' und zu meiner eigenen Verwunderung entschlüpfte mir das Wort ‚ganz bestimmt'.[1] Jetzt stelle ich mir vor, wie ich in meinem Bettchen stehe und der Mutter zuschaue, wie sie sich wäscht und anzieht. Sie wird mein Schauen wahrscheinlich gar nicht beachtet haben, so wenig wie Großmutter, da ich fünfzehn Jahre zählte. Übrigens genierte sich Mutter auch gar nicht, im Hemd oder Unterrock vor ihren Kindern auf den Topf zu gehen. Als ich vom dreizehnten Jahre ab neben der Großmutter schlief, wartete ich, wenn es Abend wurde, stets auf ihr Ausziehen und Zu-Bette-Gehen, wie wahrscheinlich als ganz kleines Kind auch bei der Mutter."

Später erklärte er dezidiert: „Das eine ist ganz bestimmt, daß ich meine Mutter beim Aus- und Anziehen und Auf-den-Topf-Gehen nicht bloß gesehen, sondern direkt belauert habe. Jetzt fällt mir auch ein, daß man mich durchprügelte, als ich mit zwei bis drei Jahren der Mutter das Hemd aufhob, wie später der Dienstmagd. Ob ich die Mutter dann nicht wenigstens mit den Augen ausziehen wollte? Ich habe sie auch im Bette aufgedeckt oder mindestens häufig aufdecken wollen. Und noch heute, wenn ich ein Weib schlafen sehe, z. B. unsere Hausgehilfin, habe ich den Wunsch, sie abzudecken."

Allein seine Schaulust geht noch weiter. „Ich sehe mich jetzt als kleines Kind in dem Gitterbett, das ich nur bis zwei Jahre hatte, aufstehen und hinüberschauen, was die Eltern machen. Ich kann das Bild nicht verscheuchen. Zum Schlusse kommt die Mutter, legt mich zurück und deckt mich zu. Merkwürdig ist auch folgendes. Als ich zum erstenmal koitierte, drängte sich mir der Gedanke auf: es gibt gar keinen Geschlechtsverkehr, trotzdem ich ja selber den Gegenbeweis führte. Soll das heißen: es darf keinen Koitus zwischen den Eltern gegeben haben?" Aus Träumen erschließt er, daß er schon als Säugling die Begattung der Eltern beobachtete und diese durch sein Schreien störte. Immer stärker und lebhafter wurden seine Erinnerungen an diese frühen Intimitäten zwischen Vater und Mutter, so daß er schließlich bündig erklärte: „Eigentlich ist die Grundlage meiner Neurose die, daß ich den Verkehr der Eltern so häufig beobachtete, u. zw. in einer so frühen Zeit, daß man sich vor mir gar nicht in acht nahm, trotzdem ich ein sehr aufgeweckter Junge gewesen sein soll." Inwieweit diese Schlußfolgerung wirklich zutrifft, wird später

1) „Außerdem hatten wir kein eigenes Badezimmer, und so hat sich die Mutter jeden Morgen ganz nackt im Schlafzimmer gewaschen, unbekümmert darum, ob wir zwei Buben dabei mehr zu sehen bekamen, als uns frommte."

festzustellen sein. Jedenfalls läßt sich aus jenen Beobachtungen manches ableiten, z. B. die meisten seiner sadistischen Phantasien.

In früher Kindheit hatte er gesehen, wie eine Straße neu gepflastert wurde und eine Chausseewalze über den Schotter zog. Während der psychoanalytischen Behandlung kam er dann von selber darauf, daß, wenn er sich vorstellt, eine Walze fahre über eine nackte Frau, dies nichts anderes bedeute, als daß der Vater sich über die Mutter lege und da hin und her rutsche. Gleichen Ursprungs ist auch seine Phantasie, ein nacktes Weib werde entzweigeteilt oder einem solchen die Beine gespreizt und ein Messer hineingerannt. Und bezeichnenderweise gingen seine Phantasien niemals auf Mädchen, sondern stets nur auf Frauen. Nachdem er all dies gefunden hatte, tauchten ihm plötzlich einige bestätigende Bilder auf. „Ich sehe jetzt ein Messer, das auf ein Weib losgeht. Das wird wohl der Vater sein, der sich mit seinem Glied auf die Mutter stürzt. Dann sehe ich weiter, wie ein Messer einem Weibe den Bauch aufschlitzt von der Scheide her, und jetzt kommt auch die Chausseewalze. Und wenn Sie mich plötzlich fragten, womit ich mich in Gedanken beschäftige, müßte ich antworten: ‚Ermorden, erdolchen!' Und dann fällt mir dazu das Schlafzimmer der Eltern ein, wo der Vater die Mutter erdolcht, was ich offenbar nachmachen wollte."

Im zweiten Monat der Analyse begann er einmal: „Ich sehe jetzt die Mutter im Hemd vor mir und trachte, es ihr herunterzureißen, wofür ich scharf verwiesen werde. Nun habe ich wieder Phantasiebilder, wo Frauen gewaltsam entkleidet werden." Ein paar Stunden später: „In der allerletzten Zeit beschäftigt mich fortwährend und läßt mich nicht los der Gedanke, einer Frau die Kleider herunterzureißen. Als ich im Bette noch in Phantasien schwelgte, habe ich einem Weibe nach und nach alle Hüllen ausgezogen. Halt, jetzt fällt mir ein: so hat es meine Mutter auch gemacht, wenn sie schlafen ging und ich saß vielleicht auf ihrem Schoße und das Hemd fiel herunter; oder ich habe ihr das Kleid am Halse heruntergezogen. Wenn mich heute etwas geschlechtlich erregen soll, muß es mit ein bißchen Gewalt verbunden sein, z. B. dem Herunterreißen der Kleider und ähnlichem. Noch etwas. In der Geschichte von der nackt ausgepeitschten russischen Hofdame hat mich besonders der Moment erregt, da der Henker ihr das Hemd von den Schultern herunterreißt. Und wenn ich später, so mit vierzehn, fünfzehn Jahren, durchaus ein Weib nackt sehen wollte, dachte ich, dies sei nur möglich, wenn ich sie ermordete und dann aufdeckte."

Nun zu dem Wichtigsten, dem Hauptthema dieses Aufsatzes, seiner Depersonalisation. Eingangs erzählte ich, wie er diese mit der siebenten Gymnasialklasse anheben ließ. Dann kam er darauf, daß deren Symptome

eigentlich schon mit acht Jahren aufgetreten seien, und schließlich drang er zum wirklich entscheidenden Ereignis vor: dem frühen Tode seiner Mutter, als er nur dreieinhalb Jahre alt war. Schon nach zwei Wochen seiner Analyse begann er: „Mein ganzes Leben wird von der Furcht beherrscht, von den Leuten zu wenig geliebt zu werden. Dies rührt von dem Tod meiner Mutter her. Ich gehe herum wie im Traume. Vor kurzem dachte ich: Lebe ich denn wirklich, oder äfft mich nur ein böser Traum?" Und am nächsten Tage: „Kurz vor Ausbruch meiner Krankheit dachte ich oft an meine Mutter, und da kam eine große Traurigkeit über mich. Damals, als sie gestorben war, hatte ich die nämliche Stimmung, wo ich nichts begreifen konnte, mir alle Realität als unwirklich vorkam, ebenso wie jetzt, da mir alles nur als böser Traum erscheint. Wenn das ein böser Traum ist, dann ist auch der Tod meiner armen Mutter nur ein solcher . . . Schon mit acht Jahren hatte ich die Empfindung: Kein Mensch liebt mich, ja im Grunde schon viel früher, eigentlich solange ich überhaupt zurückdenken kann. Besonders sehnte ich mich mit vierzehn, fünfzehn Jahren nach Liebe. Immer quälte mich der Gedanke: Niemand haben, bei dem man sich ausweinen kann, wie bei der Mutter! Ihrer Liebe war ich sicher. Die brauchte ich nicht erst zu erwerben, da könnte ich krank und häßlich und dumm sein wie immer, sie möchte mich doch lieben."

„Nach ihrem Tode begann ich, nicht bloß mich von der Welt zurückzuziehen, sondern auch ein lebhaftes Phantasieleben, anknüpfend daran, daß Mutter nicht zurückkam, wie man mir verheißen hatte, und ich meinen Wunsch, sie wiederzusehen, bloß in der Einbildung erfüllen konnte. Auch vor meiner Erkrankung merkte ich, daß ich stets tiefer in meine Phantasie versank und mich nicht freimachen konnte. Später fiel mir auf, daß mich nichts interessierte und ich nicht lernen konnte, weil mich innerlich etwas zu sehr beschäftigte, vermutlich das Verlangen nach der nackten Mutter. Wo ich in der Welt ankam, traf ich nur auf scharfe Kanten, weil die Mutter nicht da war, die mich hätte beschützen können. Darum verdrängte ich alles Unangenehme und baute mir Luftschlösser, wie nach Mutters Tod. So kam ich immer mehr dazu, vom realen Leben abzusehen und mich in meinen Phantasien zu ergehen."

Noch eine andere Methode bildete er aus, die Trennung von der Mutter, zumindest in der Einbildung, ungeschehen zu machen: „In meiner Kindheit war es eine Lieblingsidee von mir, die ich mir immer wieder ausmalte, ein ganz kleines Zimmer für mich allein zu haben, wo niemand hineintreten darf, mich niemand sieht, mir niemand etwas antun kann, weder mit Worten, noch mit Blicken. Ein großer Saal war mir etwas

Schreckliches, ich wollte immer nur ein Kämmerchen haben, wo ich von allen Seiten geschützt bin, am liebsten hätte ich einen kleinen Kasten für mich allein gehabt wie eine Telephonzelle. Solche Phantasien tauchten schon auf, als Mutter gestorben war. Jetzt fällt mir ein Gewölbe ein, das immer kleiner und kleiner wird und mich völlig einschließt. Dies kann wohl nichts anderes heißen, als die Rückkehr in den Mutterschoß."

„Vor mir und meinen Depressionen flüchte ich mich jetzt mitunter in den Schlaf. Es begegnet mir öfter, daß ich auch tagsüber einschlummere oder bei den Vorlesungen gegen den Schlaf ankämpfe. In diesen interessiert mich nichts, ich höre nur ein Geräusch an mein Ohr dringen und spüre eine furchtbare Leere, bis ich die Augen schließe. Da mich die Gegenwart so wenig befriedigt, kehre ich wohl so in den Mutterleib zurück, wo ich noch restlos glücklich war. Ich kann auch sagen, daß ich jetzt viel mehr Schlaf habe als früher. So wie ich leide, verfalle ich regelmäßig in ihn. Ich bin imstande, sitzend einzunicken. Wenn ich keinen anderen Ausweg mehr weiß, so schlummere ich ein. Ich schlafe auch morgens sehr lange, ebenso wie mein Vater, und will nicht erwachen. Oft fiel mir schon auf, daß, wenn ich tief deprimiert und allein bin, mich ein sexuelles Verlangen packt. Manchmal jedoch wird die Depression, auch wenn ich allein bin, so quälend, daß mir kein anderer Ausweg bleibt, als einzuschlafen. Dann schweben mir noch im Halbschlummer immer sexuelle Gedanken vor. Auch meine Neurose begann mit einem größeren Wunsch nach Schlaf, ich konnte Sonntags viel schwerer aufstehen."

Zusammenfassend können wir etwa sagen: er wurde zeitlebens die Sehnsucht nach der Mutter, der Liebe seiner Mutter und das sexuelle Verlangen nach ihr nicht los. Und weil beides in Wirklichkeit nicht zu befriedigen, flüchtete er ins Reich der Phantasie oder gar in den Mutterleib zurück. Darüber brach in der Pubertät sein jetziger Krankheitszustand aus, der sich immer mehr fixierte.

Seine sexuellen Wünsche jedoch soll niemand ahnen. Darum entkleidet er sie einer jeden äußeren Gemütsbewegung. „Es ist merkwürdig," begann er in einer der ersten Analysenstunden, „bei allem, was ich erzähle, bleibe ich vollständig affektlos, ich spreche wie von einer fremden Person." Und dann fügte er entschuldigend hinzu: „Wenn alles, was ich Ihnen beichte, von Affekt begleitet wäre, müßte ich mich zu sehr schämen. In meiner ganzen Jugend war es mir peinlich, mich vor jemand zu entkleiden. Heute könnte ich nicht mehr behaupten, daß ich sehr leide. Für mich existiert eben nichts; was mir peinlich ist, vergesse ich. Ich kann mir auch gar nicht mehr vorstellen, daß man fühlen und das Leben einem angenehm sein könnte. Vor vier Jahren, zu Beginn meiner Krankheit, litt

ich schrecklich darunter, aber nur in den ersten eineinhalb Jahren, bis ich meine erste Analyse anfing. Als ich dann einiges vorgebracht hatte, wurde ich apathisch. Vor meiner Erkrankung war ich aufbrausend und jähzornig, während mich jetzt nichts aus der Ruhe bringen kann. Meine Fühllosigkeit äußert sich auch in folgendem. Ich sehe etwas und weiß, wenn ich gesund wäre, würde ich es als schön empfinden. Ich weiß jetzt auch, daß es schön ist, empfinde aber nichts. Oder von einer Tat: Ich weiß, daß sie schön ist, sie berührt mich aber nicht, sie läßt mich nur kalt. Ich wundere mich auch sehr über die Sachen, die ich hier vorbringe. Ich weiß gar nicht, woher sie kommen, und bin selber erstaunt über das, was hervorquillt. Denn Gedanken habe ich keine gehabt, die sind mir fremd. Es ist, als ob ein anderer, ein Zweiter, jene Sachen erzählte, die ich berichtete."

„Seit ich meine Sexualität verdrängte, kann ich auch nicht arbeiten. Früher bereitete das Gelingen einer geistigen Aufgabe mir auch ein körperliches Wohlgefühl. Darum wollte ich arbeiten, streben, etwas erreichen. Jetzt aber fällt dies alles weg. Besonders in der letzten Zeit brüte ich vor mich hin und kann nicht fassen, woran ich denke. Nur hinterdrein kommt mir zu Sinn, der Doktor wird sagen, ich dächte an meine Mutter. Und dann fragte ich mich, ob das wahr sei und ob überhaupt etwas wahr, ob $2 \times 2 = 4$ sei usw. . . . Es ist mir schrecklich langweilig, mich fesselt gar nichts, es gibt kein Ding, das mich interessiert. Auch habe ich niemals einen Schwarm mit einem Jugendfreund gehabt. Denn außer von der Schule hatte ich nichts mit ihm zu reden."

Nach mehrmonatiger Analysenbehandlung begann er einmal: „Ich kann nicht hassen und nicht lieben. Eine innere Unruhe quält mich, ich will etwas, weiß aber nicht was. Bewußt beschäftigt mich die Frage: Was ist eigentlich mit mir los, was für eine Änderung hat sich mit mir vollzogen? Diese Änderung ging ganz unmerklich vor sich. Auf einmal war sie da, und als ich sie wahrnahm, war es schon zu spät. Ich fühlte sie so nach und nach, merkte, daß ich keine geschlechtliche Lust mehr empfinde, mir nichts mehr Freude macht, das Lernen viel schwerer fällt, ich mir nichts vorstellen, mich nicht konzentrieren kann und daß mir jede Berührung mit der Außenwelt einen Hieb versetzt, so daß ich mich ganz von den Menschen zurückzog."

„Wenn ich mich zurückerinnere, so kommt mir vor, als hätte ich in meinem ganzen Leben nie an etwas anderes gedacht, als an das Geschlechtliche, sogar bewußt. Denn ich kann keinen Zeitpunkt meines Daseins herausgreifen, wo mich nicht sexuelle Sachen gequält hätten. Meine Neurose war anfangs furchtbar peinigend, so schwer, daß ich kaum atmen konnte.

Dermaßen lastete der Druck auf meiner Seele. Jetzt ist es manchmal besser. Das Schreckliche ist, daß man weiß, es hindert einen etwas am Denken, — ich habe etwas, worüber ich nachdenken möchte, und kann nicht, — zu wissen, daß man nichts fühlt, daß einem nichts nahegeht, daß man nicht lieben kann. Doch dies alles sind nur Symptome und keine Erklärung. Im Anfang meiner Neurose war meine Unruhe noch viel schrecklicher, ich wußte nicht, was ich will. War ich da, wollte ich dort sein; ging ich mit einem Mädchen, strebte ich zu einer anderen; war ich aber bei der anderen, so sehnte ich mich wieder zurück nach der ersten. Und dann fragte ich mich: Was will ich eigentlich von ihr? Ich will ja gar nichts. Was ich von Mädchen möchte, ist Liebe, Liebe, die nicht forscht, was ich tue, wie ich bin, sondern mich einfach so nimmt, wie ich nun einmal beschaffen. Früher war mir auch jede Äußerung meiner Libido einfach unmöglich."

„Bisweilen schaut mich der Vater an, da fühle ich mich stets schuldig, und dann überhaupt vor allen Menschen. Und manchmal möchte ich mich rechtfertigen, in alle Welt hinausschreien, daß ich unschuldig bin. Besonders packt mich das Schuldbewußtsein, wenn ich mit einem Mädchen gehe. Da halte ich lange Rechtfertigungsreden vor mir selber: ‚Es geht niemanden was an, es hat mir niemand was zu verbieten!' Jetzt fällt mir auf einmal ein: ‚Man darf nicht!' und gleich darauf ungarisch: ‚Es wird dir abgeschnitten!' Ungarisch spricht immer der Vater, er drohte mir also mit dem Abschneiden wegen meiner geschlechtlichen Anschläge auf die Mutter. Demnach entstand mein Schuldbewußtsein durch die Kastrationsdrohungen des Vaters."

Doch auch der Mutter gegenüber empfand er ein lebhaftes Schuldgefühl. Mit vier Jahren mußte er von einem Dienstboten hören, sie sei gestorben, weil er schlimm gewesen. Einmal klingen ihm plötzlich Mutters Worte ins Ohr: „Es wird dir abgeschnitten!" Und dann sieht er sich, wie er an sein Glied greift und dafür einen Klaps auf die Hand bekommt. Dann wieder, wie er in seinem Bettchen steht, das Hemd hebt und exhibitioniert, wofür er abermals von der Mutter mit Schlägen und Kastrationsdrohung bedacht wird. Sein Schuldbewußtsein rührt also auch daher, daß er wegen Masturbation und Exhibition von der Mutter mit Entmannung bedroht ward. Und wegen dieses Schlimmseins hat sie schließlich auch noch sterben müssen.

Rekapitulieren wir nochmals die entscheidenden Punkte: Er wurde affekt- und empfindungslos, weil er jeden sexuellen Gedanken auf seine Mutter unterdrücken mußte. Dann aber kam es infolge der Unterdrückung dieser Liebesregungen auch zu geistigem Stillstand, völliger Interesse-

losigkeit, ja zu Zweifeln an der Realität der Dinge und alles Geschehens. Außerdem stellten wir noch ein schweres Schuldbewußtsein fest gegen beide Eltern, in Zusammenhang stehend mit deren Kastrationsdrohungen, gleichfalls ob seiner geschlechtlichen Wünsche auf die Mutter.

Im Laufe seiner Psychoanalyse erschloß er durch Auflösung seiner Träume noch eine Reihe tieferer Wünsche. Zunächst brachte ihn ein Traum darauf, daß er als Bübchen nicht bloß am Boden herumgekrochen war, sondern auch der Mutter unter die Röcke und da etwas zu erspähen trachtete. Aus einem anderen wieder, daß er mit geschlechtlicher Lust auf der Mutter ritt, wie später auf der Magd, nur daß er von jener abgeworfen wurde. Aus einem dritten, daß er beim Baden mit der Mutter deren Vulva erspäht und einen sexuellen Angriff verübt haben muß. „Ich träumte auch öfter, *daß ich mein Glied in eine Scheide einführen will*, dann bricht der Traum stets ab. Das wird wohl auch auf die Mutter gehen." Endlich erschließt er aus einem letzten Traume, daß er einmal die Mutter überraschte, als sie klystiert wurde, und dabei nicht bloß ihres nackten Gesäßes, sondern auch ihres Genitales ansichtig wurde. Aus all dem erkennt man, welch schwere Menge sexueller Schädlichkeiten es in diesem Kinderleben gab, teilweise ausgehend von der Mutter und ihrer Entblößungslust, teilweise aber auch von seiner eigenen frühen, übergroßen Libido. Man versteht dann sehr gut, daß das Büblein, welches zu Lebzeiten der Mutter und noch drei Jahre darüber ein Wildfang und schlimmer Junge gewesen, als Reaktion ein Musterknabe wurde, nachdem er seine geschlechtlichen Wünsche auf die Großmutter übertragen hatte und dafür die Kastration befürchtete.

Noch zwei wichtige Punkte muß ich berühren: das Fehlen der Pubertätsonanie und den Kastrationskomplex. Wir vernahmen oben, daß er in der ersten geschlechtlichen Blütezeit wegen Masturbation von der Mutter mit Entmannung bedroht ward. Trotzdem will er noch zu Anfang der Volksschulzeit onaniert haben. Als er jedoch Musterknabe wurde, brach er diese Übung für lange Zeit ab, vor allem hat er die typische Pubertätsonanie nicht mitgemacht, zumindest nicht physisch. „An Stelle der körperlichen Masturbation kamen mir mit sechzehn Jahren sexuelle Gedanken oft derart lebhaft, daß ich Samenerguß hatte, ohne Hand anzulegen. Erst ein Jahr nach Abbruch der ersten Psychoanalyse begann ich wieder zu onanieren, was ich bis zum heutigen Tage fortsetzte, wenn auch in immer größeren Intervallen. Meine Phantasien gingen dabei anfangs auf den Beischlaf mit einer Inzestperson, doch höchstens einer angeheirateten Tante, also keiner Blutsverwandten. Als mir aber schließlich auch Gedanken auf Mutter und Großmutter kamen, gab ich diese Art von Phantasien auf." Über seine

geistige Onanie in den Entwicklungsjahren bemerkte er noch: „Die ganze Pubertät vergnügte ich mich damit, mir abends im Bett nackte Frauengestalten vorzustellen. Geschlechtlich erregten mich besonders die Bewegungen der einzelnen Körperteile und dann das Auskleiden, wie sie nach und nach aus ihren Hüllen hervorkommen. In meinen Vorstellungen ließ ich die Hüllen schön langsam fallen, um das Vergnügen stets mehr zu steigern. Eigentlich hat mich dieses Phantasieren zugrunde gerichtet. Erst später merkte ich, daß ich auf diese Phantasien nicht mehr so reagiere. Doch versuchte ich nie, sie zu unterdrücken, sondern rief bloß immer die Bilder hervor, so wie ich auch stets nur in Bildern lernte. Oft habe ich stundenlang mit diesen Bildern gespielt[1] und dabei stark geschwitzt. Ich war ganz kaputt, bis ich endlich einschlief. So bin ich selbstredend krank geworden.“ Man erkennt hier, wie der Ersatz einer physischen Onanie durch die geistig-bildliche den Teufel durch Beelzebub austreiben heißt. Sehr bezeichnend ist auch das Fehlen von Pollutionen, selbst wenn er monatelang Abstinent gewesen ist. Er versparte nicht bloß den Samen für seine Mutter, sondern hatte alles so gut verdrängt, daß er nicht einmal im Traum den Inzest mehr wagte.

Als Strafe für die gewünschte Blutschande winkte ihm auch immer die Kastration. Die Furcht vor dieser in direkter und symbolischer Form beherrschte sein Leben und hatte ganz entschiedenen Anteil an seinem mächtigen Sado-Masochismus. Da aber bei ihm die Schaulust von Haus aus ganz besonders verstärkt ist, knüpft seine symbolische Kastrationsangst auch vornehmlich an das Auge an. „Wenn ich nervös bin,“ begann er einmal, „muß ich immer mit den Augen blinzeln. Dies hatte ich am stärksten bald nach Vollendung meines fünfzehnten Jahres, ein, zwei Tage später, nachdem ich angefangen hatte, bei der Großmutter zu schauen.[2] Damals bekam ich Augenschmerzen, mußte immer zwinkern und sah alles trüb, undeutlich und verschwommen, so daß ich beim Lesen die Augen mit den Händen beschattete. Der Augenarzt, zu dem ich ging, fand aber gar nichts. Auffallenderweise erschien es mir so peinlich, wegen meiner Augen zum Arzt zu gehen; wegen eines Fußleidens hätte es mich gar nicht geniert. Wahrscheinlich dachte ich, der Augenarzt könnte daraus etwas folgern. Die Schmerzen in den Augen bedeuteten wohl Entmannung und durch Zwicker und Beschatten schützte ich mich davor. Halt, jetzt fällt mir etwas ein: Mein ganzes sechzehntes Lebensjahr hatte ich bei der Großmutter fleißig geschaut. Als wir dann im Herbst wieder in die Stadt

1) Mit solchen Vorstellungen pflegt er in den letzten Jahren auch zu onanieren.
2) Kurz vorher war eine neue Welle von Schaulust über ihn gekommen, wo er überall etwas zu erspähen trachtete.

zurückkehrten, muß Großmutter etwas gemerkt haben, denn sie wies mir jetzt ein anderes Zimmer an, hat mich also von sich abgeschnitten, mich gewissermaßen symbolisch kastriert. In meinen Phantasien dachte ich noch manchmal daran, neben der Großmutter zu liegen und zu schauen. Als ich mir aber auch das nach zwei- bis dreimaligem Durchleben in der Einbildung verbot, klappte ich zusammen."[1] Bezeichnend ist auch sein wechselndes Verhalten zum Haarschneiden und dem Friseur. „Ich habe deutlich ein Bild in Erinnerung, wo ich, etwa drei Jahre alt, auf dem großen Speisezimmertisch sitze, der Friseur kommt und mir die Haare schneidet, wogegen ich mich gar nicht wehre. Seit Ausbruch der Neurose hatte ich die größten Schwierigkeiten, mich scheren zu lassen, offenbar, weil ich das als symbolische Kastration auffaßte. Jetzt hingegen kann ich den Zeitpunkt kaum erwarten, mir die Haare ganz kurz schneiden zu lassen, und forsche in meinem Kamm immer nach ausgefallenen Haaren, ja, habe förmlich den Wunsch, sie sollen mir ausgehen. Das ist also geradezu Kastrationslust. Seit einiger Zeit verfolgt mich auch die Vorstellung, mir mit meinem neuen Rasiermesser das ganze Gesicht zu zerscheiden oder gar den Penis abzutrennen."

„Wenn ich jetzt im Bade bin, quält mich der Gedanke, ein kleineres Glied zu haben als andere Männer, was übrigens auch der Wahrheit entspricht. Das scheint eine Folge davon zu sein, daß ich keine Gliedsteifung habe und so selten verkehre, da schrumpft der Penis ganz zusammen. Bei einer vollständigen Erektion denke ich gar nicht daran, nur habe ich in der letzten Zeit keine solche, sondern höchstens eine halbe. Dies nahm ich seinerzeit mit Schrecken wahr, als mit sechzehneinhalb Jahren meine Krankheit auftrat. Es war wohl nichts anderes, als eine Art psychischer Selbstkastration. Denn später, wenn ich nur halbwegs geschlechtlich erregt war, besaß mein Glied stets normale Größe. Es scheint sogar eine Parallele zu bestehen zwischen großem Penis und meinem Wohlbefinden. Je deprimierter ich in der Neurose wurde, desto mehr schrumpfte mein Glied zusammen. Und manchmal, wenn ich ganz empfindungs- und gedankenlos bin, ist es mir, als hätte ich an derselben Stelle nichts. Eigentlich fühle ich mich stets kastriert. Ich spüre eine Leere in mir, so ähnlich, als ob ich an Stelle der Genitalien ein Vakuum hätte.[2] Und die Leere im Kopf und Gemüt ist auch etwas Ähnliches. Aber dann, wenn ich nachmittags wieder bei der Arbeit sitze, kommt auf ein paar Sekunden eine geschlecht-

1) Da er ein paar Monate später wieder einmal Gelegenheit fand, bei der Großmutter wirklich zu schauen, ging es ein paar Tage besser.

2) Dies entspricht einer Selbstentmannung: ich habe keinen Penis mehr, habe mich schon kastriert, kann also auch nicht mehr geschlechtlich empfinden.

liche Welle, die aber gleich vorübergeht, ein quälendes Verlangen nach einem Weibe."

Fassen wir neuerdings zusammen: die Mutter gab ihm beinahe täglich Gelegenheit, sie mehr oder minder nackt zu sehen, was die besondere Stärke und Vielseitigkeit seiner sexuellen Gelüste auf sie erklärt. In der Pubertät bleibt die manuelle Masturbation aus, dafür aber schwelgt er ganz außerordentlich in geschlechtlichen Phantasien, die eine enorme Kastrationsangst setzen in direkter wie in symbolischer Form. Er spürt an Stelle seiner Genitalien ein Vakuum, daneben ferner eine Leere im Gehirn.

Und endlich knüpft an den Entmannungskomplex auch die unmittelbare Entstehung seines Leidens an, sowie seine stete Zweifelsucht. „Es hat mich von je gezwungen, zur Schau zu tragen, daß es bei mir keine Sexualität gibt, sonst würde ich kastriert werden. Der Kern der ganzen Sache ist ja die Kastration. Es war stets mein Bestreben, man solle mir nichts Geschlechtliches anmerken. Im Augenblick, wo für mich das Sexuelle aufhörte, hörte auch die ganze Welt für mich zu existieren auf. Weil das Geschlechtliche nicht wahr sein, nicht existieren durfte, ist alles andere auch nicht wahr, nicht existierend.[1] Also ist es nicht wahr, daß ich die Großmutter nackt gesehen habe, daß die Mutter gestorben ist, weil ich schlimm gewesen bin, und überhaupt ist gar nichts wahr. Darum zweifelte ich zu Beginn der Neurose an jeder Realität der Welt, ob, was um mich herum ist, Wirklichkeit wäre. Ich lebte wie in einem Traum, sah alles wie durch einen Schleier und nach und nach kam mir jede Tat als unsinnig vor, als ziel- und zwecklos. Am unmöglichsten aber schien es mir, eine Frau oder ein Mädchen zu finden, die sich mir rückhaltlos hingäbe. Bloß eine solche könnte mich gesundmachen. Nur leider ist dieser Wunsch ebenso unerfüllbar, wie der mit fünfzehn, sechzehn Jahren, daß die Mutter zurückkäme. Damals machte ich ihr auch zum Vorwurf, sie sei von mir gegangen, und eigentlich warte ich auch heute noch auf die Erlöserin, den weiblichen Messias. So oft mich sexuelle Gedanken beschäftigen, schweiften sie zur Mutter ab, nur brach ich da auf der Stelle ab. Doch es waren bloß Gedanken, Gefühle ließ ich nicht aufkommen. Oft und oft fiel mir eine Erzählung von Popper-Lynkeus ein, ‚Die drängende Macht des Geheimnisses', aus den ‚Phantasien eines Realisten', wo die Mutter sich dem Sohne hingibt. Auch das ist bezeichnend: Wenn ich gar kein sexuelles Empfinden habe, kann ich

1) Ein andermal: „Das Sexuelle ist nicht wahr, es existiert nicht. Alles, was ich Geschlechtliches getan habe, ist unwahr, weil es nicht wahr sein darf . . . Schon als Kind und dann in der Pubertät gab ich mir den Anschein, als wüßte ich nichts. Ich durfte ja nichts wissen."

mir solches auf der Stelle hervorrufen, sobald ich an eine Inzestperson denke."

„Wenn ich in meiner Reifezeit geschaut hatte oder mir Gedanken kamen, eine Frau zu entkleiden, oder auf allerlei Mordideen, dann sagte ich mir sofort: ‚Das ist nichts, das hat nichts zu bedeuten!' Das ging so weit, daß ich am Abend desselben Tages, an dem ich geschaut hatte, es mir ableugnete: es ist nicht wahr, trotzdem ich das Gegenteil genau wußte."

„Ich konnte mir das Leben in der Außenwelt nicht anders erträglich machen, als indem ich mich gefühllos stellte gegen seine Einwirkungen. Ich litt dann nicht mehr darunter, wenn mich jemand ansah. Unangenehmer Sachen entledigte ich mich dadurch, daß ich sie vergaß. Und manchmal erscheine ich mir in der Phantasie als ganz gesund, aber ganz kühl, nüchtern, mit einem klaren Geist, der alles lernen und auffassen kann und über den Menschen und Gefühlen steht. Und ebenso wie ich seelisch anästhetisch wurde, so auch körperlich einigermaßen unempfindlich, schon während meiner ganzen Neurose. In der letzten Zeit merkte ich z. B., daß, wenn mir der Zahnarzt in einem Zahn bohrt, ich weiß, daß es weh tut, es aber nicht wie einen richtigen Schmerz empfinde, sondern in einem geringeren Maße; es ist eher ein Wissen als ein Fühlen. Andere Male wieder weiß ich, daß mir kalt ist, empfinde es aber nicht Im Gegensatz dazu war ich als Kind besonders wehleidig, was mir oft ausgestellt wurde, besonders von unserem Hausarzt. Damals war ich überempfindlich, sowohl für Schmerzen als für Worte, jetzt dagegen fast unempfindlich. Ich sage mir gewissermaßen: ‚Ich bin nicht mehr, ich empfinde nicht mehr, das ist nicht mein Fuß, sondern ein Stück Materie, das mir abgehackt werden könnte. Es ist das eigentlich ein Schutz gegen mein Leiden, ich will von nichts etwas wissen. Die Möglichkeit, unter den Menschen zu leben und zu existieren, schaffte ich mir ja nicht dadurch, daß ich alles abreagierte, sondern indem ich mich unempfindlich machte. Wenn ich mich z. B. schämte, daß ich nicht arbeiten könne, und meine Kollegen es wissen, dachte ich mir: Meinetwegen! Mögen sie sich denken, was sie wollen, mir ist es egal! Und der Schluß war: Sie wissen es gar nicht, es ist gar nicht wahr, es existiert gar nichts, ich lebe nicht, ich empfinde nicht! Alles, was ich jetzt sage, kommt mir vor, als käme es aus dem Munde eines Fremden. Ich wundere mich selbst, daß ich es sage, einen Augenblick früher wußte ich es noch nicht. Ich spreche sozusagen ohne Kontrolle, wie ein Betrunkener."

„Mit vierzehn, fünfzehn Jahren konnte ich nur lesen oder lernen, wenn gewisse äußere Formen eingehalten wurden, alles am Schreibtisch in Ordnung

war, mich niemand störte usw. Es war eigentlich derselbe Zustand des Nichtlernenkönnens wie heute, bloß in geringem Maße und in anderer Form nämlich, daß ich mich mit unbewußten Gedanken beschäftigte, offenbar geschlechtlichen. Ich folgere dies daraus, daß manchmal das Lernen geht, andere Male wieder nicht. Ich habe nichts im Kopfe und auf einmal ertappe ich mich doch auf sexuellen Gedanken. Es war und ist immer etwas, was meine Gedanken mit Absicht vom Lernen wegziehen will."[1] Ein andermal begann er wieder: „Ob mein Widerstand gegen das Lernen nicht daher rührt, daß ich in der Schule nicht die geschlechtliche Aufklärung erhielt? In der ersten Volksschulklasse fragte ich, wer die Kinder bringt, und da hieß es: ‚Du wirst es in der vierten erfahren.' Und in der vierten erfuhr ich es natürlich auch nicht. Ungehemmt nach Sexuellem fragen konnte ich bloß in der Volksschule."

„In der zweiten Gymnasialklasse begann meine Sexualneugier und Forschung, und von da ab war meine normale Entwicklung gehemmt. Damals fragte ich meine Großmutter, was mit einer schwangeren Bäuerin los sei, und bekam nur eine ausweichende Antwort, von der ich fühlte, sie sei nicht wahr. Hatte ich doch schon instinktiv erraten, daß das Kind im Leibe der Mutter wächst. Und dann begann ich im Konversationslexikon herumzustöbern. Nachher aber kam die Zeit, wo ich wußte und nicht mehr glauben und über sexuelle Dinge sprechen wollte. Also die Verworrenheit hob in der zweiten Gymnasialklasse an, und da entfernte ich mich immer mehr von der Wirklichkeit. Hätte ich gewagt, das Geschlechtliche offenen Auges anzusehen, dann hätte ich auch offen in die Welt geschaut." Verhängnisvoll war auch, daß damals in den Ferien, wo er nichts zu lernen hatte und gern gebastelt hätte, die Großmutter seinen Tätigkeitsdrang unterdrückte.

Endlich spielt bei seiner Depersonalisation auch das Schuldbewußtsein eine entscheidende Rolle. „Mein Leiden begann mit einer schrecklichen Unruhe. Es hat mich etwas bedrückt, und ich weiß heute noch nicht, was. Ja, ich weiß schon, es waren Schuldgefühle, die mich verfolgten. Was immer ich damals tat, empfand ich dann als unwichtig, und jedes Wort, das ich sagte, bereute ich hinterher: Was werden sich die Menschen von mir denken? Eigentlich konnte ich damals nur Schuldgefühle haben, weil ich bei der Großmutter geschaut hatte oder schauen wollte. Nur wußte ich nicht, wie weit das Erlaubte geht und wo das Unerlaubte beginnt. Für mich war einfach alles verboten, und in der Phantasie habe ich sozusagen das Verbot überschritten. Dies wäre schon Grund genug,

1) Ein andermal erklärt er: „Ich kann in den letzten Jahren nichts mehr lesen. Es interessiert mich in den Büchern nichts mehr, höchstens, wenn etwas Sexuelles vorkommt."

Gewissensbisse zu haben, und auch heute noch kann ich mich zu keiner Tat aufschwingen, denn jede sexuelle Tat ist verboten. Das hat die dumme Erziehung der Großmutter gemacht."

Um ein letztesmal zusammenzufassen, steht der Kastrationskomplex im Mittelpunkt seines Leidens. Aus Angst vor Entmannung muß er stets zur Schau tragen, daß es für ihn keine Sinnlichkeit gibt. Wenn diese aber aufhört, so hört auch die ganze Welt zu existieren auf. Dann ist alles andere auch nicht wahr und jedem Zweifel Tür und Tor geöffnet. Er zweifelt an der Realität der Welt, sieht alles durch einen Schleier, jedes Tun wird ihm sinnlos. Dennoch schweifen alle seine Gedanken zur Mutter zurück, wobei er nur jedes sexuelle Fühlen sozusagen unterdrückt. Sie erscheint ihm als der weibliche Messias, von ihr erwartet er Heil und Erlösung. Um das Leben ertragen zu können, macht er sich fühllos, wie dereinst gegenüber der Mutter. Schon in der Reifezeit konnte er nicht mehr lesen und lernen, weil man ihn auf seine sexuellen Fragen nicht belehren wollte, und auch gegenwärtig hindern ihn allerlei geschlechtliche Gedanken am Studium. Endlich spielen noch eine entscheidende Rolle bei der Depersonalisation seine Schuldgefühle, die ihn seit der Pubertät verfolgen, weil er schon damals alles Sexuelle für unerlaubt hielt.

Nun zu den Erfolgen der psychoanalytischen Behandlung. Die früheste siebenmonatige Kur in Budapest verlief zunächst scheinbar ergebnislos. In den ersten sechs Monaten ließ er sich so gut wie gar nichts entreißen, erst im siebenten begann er ein wenig aufzutauen, um aber in Bälde abzubrechen. Trotz dieser geringen Ergiebigkeit war er dann imstande, mit Auszeichnung zu maturieren und später auch die Aufnahmsprüfung in der Technik zu bestehen. In meiner Behandlung stand er wesentlich länger, mit verschiedenen Unterbrechungen insgesamt etwa zwei Jahre. Auch bei mir war er anfangs sehr zurückhaltend. Allmählich jedoch wurde er etwas wärmer, und so gelang es schließlich, wenigstens die Zusammenhänge aufzuzeigen. Leider hielt mit dieser Aufdeckung der Erfolg für das Leben nicht gleichen Schritt. Er konnte zwar hie und da etwas lernen, doch bald versank er wieder in die alte Stumpfheit. Jedenfalls fühlte er sich außerstande, die vorgeschriebenen Prüfungen abzulegen, ja auch nur die Zeichnungen zu vollenden, was unerläßlich gewesen wäre, damit ihm die Semester angerechnet würden. Die Vorlesungen besuchte er pflichtgemäß, doch ohne den Ausführungen des Professors folgen zu können. So kam es, daß er nach acht Semestern Inskription noch so gut wie gar nichts vor sich gebracht hatte und, um das Studium beenden zu können, wieder von vorne hätte anfangen müssen. Hingegen fällt ihm durch die Psychoanalyse der Umgang mit den Leuten jetzt viel leichter. „Ich kann ihnen wieder

in die Augen sehen und weiß, daß ein Mädchen, welches mich anschaut, mich nicht auslacht, sondern mich eben anblickt, wie einen anderen auch. Hie und da werde ich mir noch der Tatsache bewußt, daß die Leute mich ansehen, doch fehlt das Schuldbewußtsein, weil ich weiß, es geht nicht auf ein heutiges Verbrechen[1] zurück. Ich mache mir jetzt nicht einmal etwas daraus, wenn mir jemand eine unfreundliche Antwort gibt. Ja, manchmal begehre ich selbst auf und verlange mein Recht. Die Unlust ist also geschwunden, jetzt fehlt nur noch die Lust zu leben. Ich stehe am Nullpunkt und leide nicht mehr unter dem Leben."

Ein Jahr, nachdem er die Psychoanalyse abgebrochen hatte, angeblich, weil seinem Vater das Geld ausgegangen — berichtet er bei einem gelegentlichen Besuche: „Ich lerne jetzt Englisch zusammen mit meinem Bruder, und es geht." Einen Monat später hatte er auf Betreiben seiner ihn heiß liebenden Cousine neuerdings für die Prüfung zu lernen versucht. Das Ergebnis war folgendes: „Ich verstehe alles, es geht viel besser als vorher, aber mit dem Gedächtnis hapert es. Eigentlich habe ich die Wahrnehmung gemacht, wenn ich infolge von Pollutionen oder einer einmaligen Onanie nicht so überladen bin, daß mir dann die Auffassung leichter fällt. Doch zu einer Dirne mag ich nicht gehen, es muß eine sein, von der ich weiß, daß sie mich lieb hat. Wenn ich in Wien ganz allein herumgehe, bin ich völlig lustlos und auch geschlechtlich unempfindlich. Kommt aber ein Weib mir mit Liebe entgegen, wie jetzt meine Cousine, dann beginne ich wieder zu leben und zu empfinden." Man erkennt hier deutlich, wie innig verknüpft Lernfähigkeit und Befriedigung der Libido sind.

Vierzehn Tage später: „Mit dem Lernen geht es insofern besser, als ich alles verstehe. Ich lerne jetzt nur Mathematik, begreife auch alles, allein ich überschaue das Ganze nicht. Ich könnte es nicht frei hersagen oder ableiten. Da ich meiner Cousine versprochen habe, mich zum ersten Termin zu melden, lerne ich seit ungefähr sechs Wochen, aber der Stoff ist rießengroß. Hätte ich mit normaler Kraft arbeiten können, wäre ich fertig geworden. So aber kann ich das Ganze nicht verwerten. Und dann empfinde ich eine furchtbare Angst vor der Prüfung, vor dem Professor und vor dem Auditorium, wie wenn ich mich da nackt zur Schau stellen müßte. Eigentlich ist mir alles so gleichgültig, wie noch nie, nur weiß ich, daß es mir nicht gleichgültig sein darf. Doch an meinem Gefühle ändert das nichts."

Sechs Wochen später, nachdem er mit einer Liebe markierenden Dirne

1) Ich werde auf diesen wichtigen Punkt noch später zurückkommen.

dreimal lustvoll den Beischlaf vollzogen hatte: „Heute las ich einiges durch, was ich bisher nie begreifen wollte, und konnte nicht verstehen, daß ich das früher nie begriffen hatte. Ich verstehe jetzt alles, was ich lerne, kann es aber nicht aufnehmen, das Ganze nicht verarbeiten. Ich bin schon darum unfähig zu jeder geistigen Arbeit, weil mich mein Gedächtnis im Stiche läßt. Ich kann weder etwas auswendig lernen noch etwas merken. Was mir jetzt vor Augen steht, ist mir evident, der nächste Satz auch, doch das Ganze zu einem logischen Gebäude zusammenzufügen, was im Geiste geschieht, vermag ich schon nicht. Ich bin auch gezwungen, jede geringste Kleinigkeit, die ich nicht vergessen will, aufzuschreiben."

Vorstehend haben wir vernommen, daß seine Unfähigkeit, zu lernen, wesentlich vom Sexuellen abhängt. Bei unserer letzten Zusammenkunft erklärte er mir geradeheraus: „Ich lebe ganz anders, wenn ich Hoffnung und Aussicht auf ein Mädchen habe, und bin gleich furchtbar deprimiert, wenn es nicht dazukommt. Andere Male möchte ich wieder die Flinte ins Korn werfen: Wozu plage ich mich, es ist doch alles belanglos und nicht der Mühe wert." Was da in letzter Linie zugrunde liegt, mag eine Äußerung von ihm beleuchten, als er mich etwa ein Jahr nach Abbruch der Psychoanalyse wieder aufgesucht hatte: „In der letzten Zeit habe ich mich besonders elend gefühlt, weil ich schon jede Hoffnung aufgab. Früher erwartete ich alle Tage, am nächsten Tage werde sich das große Wunder vollziehen, während ich heute einsehe, ich warte umsonst, das Wunder wird nicht von selbst kommen. Damit aber ist jede Hoffnung geschwunden. Ich bin ganz apathisch, weil ich nichts mehr erwarten kann, und gleichwohl hoffe ich doch auf eins: die Erlösung durch ein Weib." Und zwei Monate später: „Manchmal denke ich mir, daß mir eigentlich nichts anderes fehlt als eine Freundin. Ich warte noch immer auf den weiblichen Messias!"

Wer war nun dieser weibliche Messias? Er sollte, wie aus seinen weiteren Ausführungen erhellte, ein Wesen sein, das sich ihm freiwillig hingäbe, alles für ihn zu tun bereit wäre, ohne Hintergedanken, wie etwa die Ehe, und überhaupt ohne etwas zu verlangen, das endlich in allen Stücken ihm entgegenkäme und um das er sich auch nicht im geringsten zu bemühen brauchte. Es war, wie sich ihm bald aufdrängte, dies niemand anderer als die Mutter seiner Kindheit, auf deren Wiederkommen er in innerster Seele hofft, mag auch der Verstand das Unmögliche einsehen. Die Schwierigkeit seiner Heilung liegt eben darin, daß er, um gesund zu werden, zugeben müßte, die Mutter sei nun wirklich tot. Ehe er aber auf ihre Wiederkehr verzichtet, welche die Großeltern ihm dereinst in

Aussicht gestellt hatten, bleibt er lieber sein Lebenlang krank. Und natürlich erschweren seine Ansprüche an die Erlöserin auch die mögliche Verwirklichung bei irgend einer Mutter-Imago. Da er ein sehr hübscher Junge war, fanden viele Mädchen Gefallen an ihm. Es ist ihm ohne weiteres zu glauben: „Ich brauche bloß meine Hand auszustrecken, um eine Freundin zu bekommen, aber auch das ist mir schon zu viel." Die Freundin müßte sich ihm direkt an den Hals werfen, nie das geringste jungfräuliche Sträuben an den Tag legen, ja, sich ihm bis zum Letzten aufdrängen, und all dies natürlich bloß aus durchaus uneigennütziger Neigung, wie einst die Mutter, dann würde er gnädigst ihre Liebe annehmen. Da dies ein anständiges Mädchen nicht tut, sondern höchstens eine Liebe markierende Puella, welche aber schließlich Geld verlangt, so ist ihm bis jetzt der ersehnte Messias noch nicht begegnet. Und es blieb auch wirkungslos, als die Psychoanalyse ihm aufdeckte, was er erstrebe, und daß dies im Grunde ein unbilliges Verlangen sei. Denn die Mutter hatte es doch getan, und die wird in irgend einer Inkarnation einst wiederkehren. So lebt er als männliche Nora hin, die täglich „das Wunderbare" erwartet.

Zweimal schien er der Erfüllung seiner Wünsche nahe zu kommen. Das erstemal hatte sich die Erzieherin eines befreundeten Hauses in ihn verliebt, ihm schwärmerische Herzensergießungen gesandt und war sogar zu einem Stelldichein in eine Provinzstadt gereist. Als sie jedoch anfangs mädchenhafte Scheu bekundete, nicht gleich ein gemeinsames Schlafzimmer mit ihm beziehen wollte, gab er jede Bemühung auf der Stelle auf, nahm sich ein eigenes Zimmer und reiste den nächsten Morgen wieder ab. Es nützte auch nichts, daß ihm die Enttäuschte neuerdings schrieb und sich jetzt zu allem bereit erklärte, ohne jede Einleitung, er reagierte überhaupt nicht mehr, die ganze Sache war ihm verleidet.

Ein Jahr nach Abbruch unserer Psychoanalyse erschien er bei mir, meinen Rat einzuholen. Seit langem schon habe er mit seiner jetzt neunzehnjährigen, hübschen und anscheinend auch jungfräulichen Cousine geliebelt. Zur Stunde schätze er das Mädchen so weit, daß sie sich ihm völlig hingeben würde. Was er beginnen solle? Nun handelte es sich um eine Verwandte, die, wie alle Welt, an das bevorstehende Ende seines Studiums glaubte und sich ihm, wenn überhaupt, nur mit unterlegtem Ehekontrakt hingäbe. Jedenfalls schien das Ganze ein sehr gewagter Versuch. Denn wenn die Sache nicht gelang, auch die Base ihn nicht zum Lernen bringen, in weiterer Linie ihn heilen konnte, — und wer wollte Gewähr dafür übernehmen, — dann hatte er ein junges, blühendes Menschenleben mit sich in den Abgrund hinuntergezogen. Auch ein etwa

möglicher Berufswechsel bot wenig Aussicht. Fände sich schon ein kleiner Posten, den er mit Weh und Ach ausfüllte, wer bürgte bei seiner Energielosigkeit dafür, daß er aushielt, obendrein so lange, bis er einen eigenen Hausstand zu gründen vermöchte? Unter diesen Umständen verpflichtete ich ihn, der Cousine reinen Wein einzuschenken, vor allem, was sein Studium betraf. Er dürfe sie nicht betrügen, sie müsse genau wissen, woran sie mit ihm sei. Das tief bestürzte Mädchen nahm ihm dann das Versprechen ab, sich zum nächsten Prüfungstermin zu stellen, was er zwar gelobte, dann aber doch nicht erfüllen konnte. So scheiterte auch dieser Heilungsversuch, was freilich dem Kranken nicht zu nahe ging.

Wie stellt sich nun die Prognose dieses Falles? Handelt es sich zunächst bloß um eine Krankheit *sui generis,* um einen Fall von reiner Depersonalisation, der ein solcher bleibt, oder um ein Vorstadium der Schizophrenie? Es ist nicht zu leugnen, der erste Eindruck, den der Kranke macht, könnte leicht zur letzteren Diagnose verführen. Als er mir wieder einmal in den Ohren lag, ich solle ihm einen Arzt empfehlen, denn an seinen Genitalien müsse etwas nicht in Ordnung sein, erwies sich zwar diese Furcht als völlig grundlos, doch sagte der Kollege mir am nächsten Tage, er hätte geglaubt, einen Schizophrenen vor sich zu haben. Nun beobachte ich den Kranken seit nahezu fünf Jahren, und seit der ersten psychoanalytischen Behandlung sind schon mehr als sechs Jahre verflossen. In dieser ganzen Zeit ist nichts hinzugetreten, was die ominöse Diagnose beweisen würde. Im Gegenteil, man darf mit Fug behaupten, durch die Behandlung sei manches besser geworden, wie ich oben ausführte. Ja, man könnte sogar die These verfechten, die Psychoanalyse habe meinen Patienten vor dem Ausbruch der Schizophrenie bewahrt. Beweisen läßt sich das natürlich nicht, doch immerhin spricht gar manches dafür. So hat sich jahrelang der Kranke vor jedem Zusammensein mit Menschen gefürchtet. Immer fühlte er sich beobachtet, um nicht zu sagen, bedroht. Er konnte den Leuten auch nicht in die Augen sehen, und von jedem Mädchen nahm er an, es lache ihn aus. Seitdem wir aufdeckten, daß diesem Beachtungs- und Beziehungswahn ein Schuldbewußtsein zugrunde liege, das auf den Ödipuskomplex zurückgehe, ist mein Patient im Verhältnis zu den Menschen fast normal geworden, ja, nimmt sogar eine unfreundliche Antwort nicht mehr übel. Wir haben da vielleicht — mehr wage ich nicht zu sagen — dem Ausbruch einer Dementia paranoides vorbeugen können. Daß es aber noch jetzt zu einer solchen Psychose kommen sollte, erscheint mir nach allem doch recht unwahrscheinlich.

Wenn er aber nicht mehr schizophren wird, wie wird sich voraussichtlich sein weiteres Schicksal gestalten? Wird sich die Krankheit jahrelang und

hartnäckig im wesentlichen unverändert fortschleppen, ihn lebens- und berufsunfähig erhalten, wie in den anderen Fällen der Literatur, oder hat vielleicht die Psychoanalyse da günstige Vorbedingungen geschaffen? Wiederum möchte ich bei aller Vorsicht doch wenigstens an die Möglichkeit einer weitgehenden Besserung denken. Wenn mein Kranker auf ein Mädchen stößt, wie er es sich wünscht, — und das ist in seinem Fall nicht ausgeschlossen, — dann könnte ein solches ihn vielleicht gesund machen oder mindestens berufs- und arbeitsfähig. Nur kann man leider ein derartiges Mädchen nicht aus der Apotheke verschreiben. Die Psychoanalyse muß sich also begnügen, den Boden vorbereitet zu haben für die Eventualität eines solchen Glücksfalles.

Theoretisches

Man kann die Berichte über Depersonalisation einteilen in die vorpsychoanalytischen und jene, die aus unserer Schule stammen, wie die Arbeiten von Nunberg[1], Schilder[2] und Reik.[3] Was die ersten betrifft, so kranken sie sämtlich daran, daß sie das sexuelle Moment, zumal in der ersten Kindheit, so gut wie gar nicht berücksichtigen. Führte nicht in einzelnen Fällen der Kranke selbst sein Leiden auf frühe Onanie zurück, so würde das Geschlechtliche überhaupt nicht erwähnt. Höchstens, daß Schilder[4] gelegentlich einmal auf den Busch klopfte, einen Kranken befragend, ob er im Zustande seiner Depersonalisation auch Inzestphantasien auf Mutter und Schwester gehabt habe, was ja bei einem Jüngling ziemlich selbstverständlich. Hingegen zeigt sich die neueste psychoanalytische Literatur vollständig beherrscht von der Ich- und Libidotheorie oder schiebt gar, wie Reik es tut, einen angeblichen Ambivalenzkonflikt als Hauptursache in den Vordergrund. Doch all diese Dinge, die zum psychoanalytischen Jargon gehören, vermögen nicht einleuchtend zu erklären, wieso es zu den Fremdheitsgefühlen, zum Verlust des Bewußtseins der Wirklichkeit kommt.

Halte ich an jene Beobachtungen meinen eigenen Fall, — es ist leider nur ein einziger, doch immerhin fast bis zu Ende geführter, — dann muß ich sagen: er ward nach seinem eigenen Geständnis nicht nur zeitlebens

1) „Depersonalisationszustände im Lichte der Libidotheorie," Internat. Zeitschr. f. Psychoanalyse, Bd. X (1924).

2) „Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage," Internat. Psychoanalyt. Verlag.

3) „Wie man Psychologe wird." Internat. Psychoanalytischer Verl. 1927, S. 34 ff.

4) „Selbstbewußtsein und Persönlichkeitsbewußtsein", Monogr. aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie, Heft 9, S. 33, 1914.

von sexuellen Dingen gequält, sogar bewußt, sondern stand hauptsächlich unter der Auswirkung eines geschlechtlichen Teiltriebes: seiner Schaulust nämlich,[1] die bei ihm als Erbteil der mütterlichen Aszendenz ausnehmend verstärkt ist. Dies dünkt mich ein Punkt von möglicherweise allgemeinerer Wichtigkeit. Im Gegensatz zu den meisten anderen Säugern ist nämlich der Mensch ein Augen- und nicht mehr ein Nasentier. Von der Wirklichkeit der Dinge überzeugt er sich hauptsächlich nicht durch den Geruchs-, sondern durch den Gesichtssinn. Wird ihm nun die aktive und passive Schaulust durch heißgeliebte Personen verkümmert, dann kann ihm auch leicht die ganze Umwelt zweifelhaft werden, wie bei meinem Kranken.

Der Schautrieb aber macht auch das große Unglück seines Lebens, den Tod der Mutter, so verhängnisvoll. Ich habe oben schon angeführt, wie Mutter und Großmutter aus ihrer eigenen Entblößungslust heraus den Schautrieb des Knaben geradezu von seiner Säuglingszeit als immer wieder auf das mächtigste reizten. Er durfte und mußte zu wirklich ungezählten Malen die beiden ihm nächststehenden Frauen in ihrer Nacktheit schauen. Bloß wenn er geschlechtliche Erregbarkeit verriet, etwa exhibitionierte, masturbierte oder gar zu eigenen sexuellen Angriffen überging, erfolgte eine schroffe Zurückweisung, ja Kastrationsdrohung durch die Mutter und manchmal auch den Vater. Dies legte im Verein mit dem Ödipuskomplex dann den Grundstein zu seinem so überaus mächtigen Schuldbewußtsein und weiter zu dem heißen Bemühen, sein Geschlechtsempfinden vor aller Welt zu hehlen — genau wie es Mutter und Großmutter ihrerseits auch stets taten. Zu beachten ist ferner das Quantitative. Weil meines Kranken heißer und maßlos gereizter Schautrieb viel häufiger zu Vorstößen drängte, als bei anderen Knaben, darum erfolgte auch die Abwehr viel öfter und empfindlicher. Und endlich mußte dann auch der so frühe und ihm gelegentlich zur Last gelegte Tod seiner Mutter das Schuldbewußtsein ausnehmend verstärken.

Also mein Patient mußte sein Geschlechtsempfinden stets verbergen, beim Schauen, das er nicht missen möchte, oder wenigstens tun, als ob er nichts fühlte. Denn bloß in dieser Form war der Geschlechtstrieb ihm gestattet. Man erkennt auf der Stelle, welch arge Verlockung hier gegeben

1) Nach der in einer „erweiterten Vorstandssitzung" der „Wiener PsA. Vereinigung" erfolgten Diskussion zu meinem Vortrag muß ich wohl annehmen, daß der konstitutionell verstärkte Schautrieb nicht nur in meinem, sondern auch in anderen Fällen von reiner Depersonalisation eine ganz entscheidende Rolle spielt. Ein Ähnliches scheint auch für den frühen Verlust eines Elternteils zu gelten, sofern dieser nur in der ersten sexuellen Blütezeit jener Kranken erfolgte.

ist. Für das Kind stellt sich die Sache derart dar: es darf ungescheut sexuell genießen, wenn es nur das Fühlen sozusagen abblendet. Nun spielt man nicht ungestraft mit dem Geschlechtstrieb. Er wirkt erfahrungsgemäß vorbildlich für Charakter und geistige Entwicklung des Menschen. Zu dieser längst bekannten Erfahrung kommt bei meinem Kranken und wohl auch bei anderen Depersonalisierten noch etwas hinzu. Das geschlechtliche Empfinden wird infolge der Einwirkung von Eltern und Großeltern geflissentlich verdrängt, d. h. man empfindet allerdings, doch will man es sich selber nicht eingestehen. Man mag davon nichts wissen, nicht wirklich fühlen, und die Folge ist, daß man nicht nur das sexuelle Fühlen, sondern überhaupt jedes sich immer mehr abschwächt. All dies gilt aber bloß objektiv für das Empfinden des Entpersönlichten. Denn objektiv ist, wie übereinstimmend festgelegt wurde, nicht die geringste Minderung des Fühlens nachweisbar. Trotzdem genügt jene subjektive Abschwächung, um dem Befallenen die Empfindung der Wirklichkeit zu rauben, so daß er umhergeht wie im Traume, die Dinge der Umwelt als fremd empfindet und starker Affekte nicht mehr fähig ist. Im Grunde jedoch heißt „das Gefühl der Fremdheit" nichts anderes als: sexuelles Fühlen ist mir fremd, und daß eine Sache unwirklich ist: sie bleibt für mich ohne jeden Affekt, ohne alle Bewegung des Gemüts. Wie endlich jedes Fühlen als ungemindert festzuhalten ist, so auch das geschlechtliche, trotzdem da natürlich die objektiven Untersuchungsmethoden nicht anzuwenden sind.

Wenn Konstantin Österreich, der Anregung eines Depersonalisierten folgend, das Hauptgewicht bei diesem Zustand auf das Fehlen des Gefühlstons legt, so ist das jetzt als bewußte Absicht des Kranken zu entlarven. Er hat keine Gefühlstöne, weil er sich diese, in letzter Linie die sexuellen Gefühlstöne, geflissentlich versagt. Wir können den Wandel unseres Wissens etwa so präzisieren: Früher hat man lediglich beschrieben, daß der Gefühlston mangelt, ohne sagen zu können, warum dies so ist. Jetzt aber kann man das Fehlen erklären aus früh beginnenden und stets fortlaufenden inzestuösen Wünschen, bei denen jedoch, um sie unkenntlich zu machen, ein jeder Gefühlston beständig unterdrückt werden muß. Dann aber wird man nicht bloß im Geschlechtlichen, sondern scheinbar in allem stets mehr gefühllos. Aus der bisher üblichen bloßen Beschreibung wurde also ein seelisches Begreifen und man braucht da keine Verdunklung des Tatbestandes durch weitausholende und undurchsichtige theoretische Annahmen. Das Fehlen des Gefühlstones erklärt sich jetzt sozusagen von selbst.

Auch andere Erfahrungen sind nun gut zu begreifen. In der Literatur wird mehrfach berichtet, daß die scheinbar so gänzlich gefühllosen Kranken

gelegentlich Übererregbarkeit zeigen. Und auch mein Patient gibt ausdrücklich an, daß er vor der Erkrankung jähzornig und aufbrausend gewesen, was dann einer Gefühlsleere Platz gemacht hat. Der Überschwang der Gefühle entspricht ganz regelmäßig einer geschlechtlichen Überreizung, und wenn diese mitunter auch in Zuständen der Depersonalisation zum Durchbruch kommt, so gibt dies objektiv das Bild der Übererregbarkeit. Eine solche Übererregbarkeit, kann man noch schärfer präzisieren, entspricht dem Durchbruch inzestuöser Wünsche, die Fühllosigkeit der Reaktion auf sie. Gelingt die Reaktion vollständig, dann kommt es zur Vorstellung der Gefühlsleere, d. h. der Empfindung einer geistigen Kastration, von der ich noch später sprechen werde.

Eine andere Beobachtung, die man anstellen konnte, war das auffällige Auseinandergehen von bewußter Fühllosigkeit und unbewußtem lebhaftem Ausdruck des Affekts. „Wir bemerken mit Erstaunen," sagt beispielsweise Schilder, „daß dem Patienten der Ausdruck der Lust und Unlust, der Freude und Trauer voll zu Gebote steht, was auch die meisten Fälle der Literatur bestätigen." Es besteht also eine Inkongruenz zwischen Fühlen und seinen Ausdrucksbewegungen. Der Kranke zeigt ganz deutlich den Affekt, behauptet jedoch, dabei nichts zu fühlen. Auf Grund des oben Gesagten begreift sich das leicht. Nach dem vorbildlichen geschlechtlichen Fühlen wird dann jedes andere auch vom Bewußtsein ferngehalten, so daß dieses subjektiv, will sagen für die eigene Wahrnehmung scheinbar leer bleibt, während das Unbewußte, wie die objektive Untersuchung und die Äußerungen des Affekts ergeben, durchaus normal fühlt. Man kann auch sagen: Da man sexuell nicht fühlen darf, steht es dem Bewußtsein nicht mehr dafür, überhaupt noch zu fühlen.

Eine Klage sämtlicher Depersonalisierter ist ihre Gefühlsleere. Diese jedoch ist nicht bloß eine Reaktion auf das verdrängte sexuelle Fühlen, sondern auch eine Äußerung des gerade bei solchen Kranken überaus mächtigen Kastrationskomplexes. Nicht umsonst klagt beispielsweise mein Patient stets wieder über die vermeintliche Kleinheit seines Gliedes und ist von der Vorstellung nicht abzubringen, an seinem Genitale müsse etwas nicht in Ordnung sein. Noch viel verblüffender sind die so häufigen Empfindungen symbolischer Kastration, wovon ich gleich aus der Literatur ein klassisches Beispiel anführen werde. Endlich beachte man, daß auch der Verlust des Realitätsgefühls mit dem Kastrationskomplex zusammenhängt. Es ist eben dann einfach alles kastriert. Wem der Penis genommen, für den existiert überhaupt nichts mehr.

Nun der klassische Kranke von Ball, der im Jahre 1874 seinen ersten Anfall von Depersonalisation erfuhr. „Fünf Jahre später", berichtet

er,[1] „fühlte ich mich selbst abnehmen und verschwinden. Es blieb nichts von mir übrig als der leere Körper.[2] Seit dieser Zeit ist meine Persönlichkeit absolut völlig verschwunden und trotz allem, was ich tue, um mein entschwundenes Ich wieder zu erlangen, kann ich es nicht. In Bezug auf physische Empfindungen fühle ich folgendes: Der Körper, welcher keinerlei Bedeutung für mich hat, ist leer ... Ich glaube, mich dahin zusammenfassen zu können: Meine Persönlichkeit ist vollkommen verschwunden, es scheint mir, als wenn ich seit zwei Jahren tot bin und als wenn das Ding, welches existiert, sich an nichts von dem erinnert, was auf mein altes Ich Bezug hat.“ Hierzu bemerkt noch Ball: „Das Hauptmoment in dem psychischen Zustand dieses Menschen ist der totale Verlust des Realitätsgefühls. Er vergleicht sich mit einer leeren Tüte. Es existiert nichts mehr in ihm. Er ist eine leere Hülse, die eine Art von äußerem Schein einschließt, aber die im Grunde total leer ist. Er nennt sich ‚ein Ding‘. Die anderen Menschen sind ‚Dinge‘, wie er; aber er glaubt nicht an ihre reelle Existenz. Er glaubt nicht an das, was er sieht, und wenn er die Hand ausstreckt, einen Gegenstand zu berühren, so ist er von vornherein überzeugt, daß er nur eine Fata Morgana findet, die verfliegt. Gleichwohl berührt er den Gegenstand wirklich und die mit dem Gesichtseindruck verknüpfte Tastempfindung genügt nicht, um seinen Unglauben zu überwinden: die Wirklichkeit ist in seinen Augen nur eine gigantische Halluzination. Indessen übt er nach wie vor verschiedene Lebensfunktionen aus.“

Halten wir an diese Äußerungen die meines Kranken: „Je deprimierter ich in der Neurose wurde, desto mehr schrumpfte mein Glied zusammen. Und manchmal, wenn ich ganz empfindungs- und gedankenlos bin, ist es mir, als hätte ich an dieser Stelle nichts. Eigentlich fühle ich mich stets kastriert. Ich spüre eine Leere in mir, so ähnlich, als ob ich an Stelle des Genitales ein Vakuum hätte. Und die Leere in Kopf und Gemüt ist auch etwas Ähnliches.“ Es hängt also Fühl- und Gedankenlosigkeit meines Kranken mit der Kastration zusammen. Gefühlsmangel heißt: ich fühle meinen eigenen Penis nicht mehr. Die Leere im Gehirn bedeutet eine nach oben verschobene Leere an den Genitalien, also wieder nichts anderes

1) Zitiert nach Konstantin Österreich: „Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die Depersonalisation in der Psychasthenie“, Journal f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. 8. S, 91 ff.

2) Es wäre ein müßiges Beginnen, die Phänomene der Depersonalisation etwa durch jene der Hypochondrie erklären zu wollen. Das hieße ein unbekanntes X durch ein kaum minder unbekanntes Y deuten. Übrigens glaube ich, daß viele hypochondrische Symptome, wie im Falle Ball, nur Ausdruck symbolischer Kastration sind, wenn dies dem Kranken auch nicht zum Bewußtsein kommt.

als Entmannung. Geht die Sache noch weiter, wie im Fall von Ball, dann fühlt man den ganzen Körper leer oder tot, auch die Persönlichkeit absolut verschwunden,[1] hypochondrische Empfindungen, die nicht nur Depersonalisierte haben, sondern auch viele Geisteskranke. Doch stets haben sie den gleichen Sinn der Kastration und gar nicht so selten erfolgt bei Irren eine Selbstentmannung aus schwerem Schuldbewußtsein heraus.

Von hier aus dünkt mich auch die typische Klage des Realitätsverlustes zum Teil erklärlich. Ich möchte sagen: die wesentlichste Realität für den Mann ist eben sein Penis.[2] Das Weib jedoch, durch Geburt schon kastriert, hat von Haus aus eine gewisse Anwartschaft auf allgemeinen Realitätsverlust und leidet, wie schon erwiesen ist, nicht minder unter dem Kastrationskomplex als der Mann mit seinem Phallus. Hat man die Empfindung, keinen Penis zu besitzen, oder muß man sich ob seines Schuldbewußtseins selbst entmannen, wenn auch bloß im Geiste, dann schwindet mit der eigenen allerwichtigsten Realität auch die Realität der ganzen Welt. Selbst, wer nur genötigt ist, seine Geschlechtlichkeit immer zu hehlen, zu tun, als sei sie für ihn nicht vorhanden, verliert schon leicht den Boden unter seinen Füßen, wie das Beispiel meines Kranken beweist. Der Zweifel an der Wirklichkeit des Phallus und ob man geschlechtlich empfinden könne, setzt Zweifel an allem, ob diese Welt überhaupt noch real sei.

Die Zweifelsucht freilich, ein typisches Symptom der Depersonalisation, bekommt noch von anderer Seite her Zuflüsse. Mit der Zwangsneurose, wie Reik (*l. c.*) meint, hat sie nun allerdings nichts zu tun,[3] wohl aber beginnt sie, wie bei meinem Kranken, im Grunde bereits in dessen zartester Kindheit, als dieser den Koitus seiner Eltern wiederholt belauschte. Sooft ihm das zu Sinnen kam, verdrängte er auf der Stelle: es ist gar nicht wahr! Denn es darf nicht wahr sein, daß die Eltern verkehren! Und als er selbst das erstemal den Beischlaf pflog, stieg der Einfall auf: es gibt gar keinen Geschlechtsverkehr! — obwohl der Gegenbeweis soeben erbracht worden. Da er in der Reifezeit auf die nackte Großmutter mit Lust geschaut hatte, sagte er sich alsbald zum Troste: „Das ist nichts, das hat nichts zu bedeuten!“ Ebenso später, als er ein Mädchen geküßt hatte, leugnet er es noch am gleichen Abend sich selber ab.

1) Man denke auch daran, wie sehr das Selbstbewußtsein des Mannes von seiner phallischen Leistungsfähigkeit abhängt. Ein stets schlaffes Membrum ist so gut wie tot, und wenn man keinen Penis besitzt, hat man auch keine Persönlichkeit mehr.

2) Nunbergs Fall VI verglich die Zustände seines Ichverlustes mit dem Zustande eines erschlafften Gliedes nach vorausgegangener Erektion.

3) Dieser Irrtum rührt wohl daher, daß Reik keinen einzigen Fall von reiner Depersonalisation gesehen hat, sondern nur ähnliche Zustände, eingesprengt in andere Neurosen. Deren Ätiologie vermengt er dann mit jener der Entpersönlichung.

Zwischen vierzehn und fünfzehn Jahre fällt seine „größte Verworrenheit auf geschlechtlichem Gebiete". Er wollte wissen, doch die Großmutter hätte ihn am liebsten geschlechtlich völlig unwissend erhalten. „Das Wissen- und Nichtwissenwollen lag da im Streit" und aus Schuldbewußtsein und Liebe zur Großmutter unterdrückte er, daß die Sexualität ein Reelles sei. Weitere Beispiele seines Zweifels habe ich bereits früher gegeben. Doch jeglicher Zweifel mündete schließlich in eine Verdrängung der Sexualität.

Noch ein typisches Symptom der Depersonalisation verdient eingehender besprochen zu werden: die Selbstbeobachtung. Reik hat sie erklären wollen aus der Tätigkeit des Über-Ichs. Wir wissen, dieses entsteht aus der Einverleibung der Eltern ins eigene Ich, worauf es als sogenanntes „Gewissen" unerbittlich das Tun des Ichs kritisiert und Urheber wird des Schuldbewußtseins. So bestrickend und ansprechend die Auffassung Reiks, so scheint sie sich mir doch nicht ganz zu decken mit der unmittelbaren Krankheitsbeobachtung. Mein Patient z. B. wird fortwährend von dem Gedanken beherrscht, an seinen Genitalien müsse etwas nicht in Ordnung sein, und keine Versicherung der Ärzte vermag ihm dauernd Beruhigung zu geben. Durchsichtig beherrscht ihn die Kastrationsfurcht. Er wie die anderen Depersonalisierten müssen beständig, wenn auch bloß unbewußt, darauf achten, ob ihr Penis noch da sei, oder bei den Frauen, ob ihr geschlechtliches Empfinden noch vorhanden. Und sie vermögen nicht, sich der Außenwelt recht hinzugeben, weil sie sich stets mit der eigenen Sexualität beschäftigen müssen. Daß selbst, wie berichtet wird, vereinzelte Mißempfindungen, wie etwa eine Parästhesie des Kopfes, den Depersonalisierten zwingen kann, sie immer zu beachten, rührt einfach daher, weil sie auf den Phallus zu projizieren sind, den stets zu beobachten, naturgemäß starke Neigung besteht. Wiederum führt dann die Vorbildlichkeit des Geschlechtlichen dazu, daß jegliche Äußerung des eigenen Ich zwangsmäßig quälend wahrgenommen wird. Die Tätigkeit des Über-Ichs allein erklärt die Selbstbeobachtung kaum. Denn schließlich hat jeder Mensch ein Über-Ich, doch die wenigsten Menschen fühlen einen Zwang zur Selbstbeobachtung. Der hat nur dort statt, wo überstarke Entmannungsangst und ein überstarkes Schuldbewußtsein den Menschen beherrschen, wie bei der Depersonalisation.

Ich muß noch einmal auf den Realitätsverlust zurückkommen. Eine weitere wichtige Wurzel desselben war in meinem Falle und, wie ich höre, auch in anderen, der Tod der Mutter[1] in seiner ersten sexuellen

1) Vgl. hierzu noch folgende Äußerung: „Seit meine Mutter gestorben ist, habe ich stets das Gefühl, es ist nichts wirklich, es ist nicht wahr, was ich sehe. Manchmal frage ich mich: Lebe ich denn überhaupt? Was ist das, daß ich lebe, esse,

Blütezeit, mit welchem Schlag auch sein überreiches Phantasieleben anhob. Vorerst sei hervorgehoben, daß auch dies Erlebnis eine symbolische Kastration darstellt: man wird von der meistgeliebten Person der frühesten Kindheit abgeschnitten. Und er hat sich dann fortab sein ganzes Lebenlang immer zu wenig geliebt geglaubt. Der Wirklichkeitsverlust bezieht sich demnach zunächst auf den Phallus, zum zweiten jedoch auf seine Mutter, ihre Liebe und Genußmöglichkeiten. Als mein Kranker im Alter von dreieinhalb Jahren seine über alles geliebte Mutter verloren hatte, vermochte er an ihren Tod nicht zu glauben, und noch weniger, daß sie nie wiederkehren werde. Dies d a r f nicht sein, also i s t es nicht wahr! — eine Schlußfolgerung, die wir schon einmal hörten, und eine typische Begründung für die Entwirklichung der Welt. Obendrein haben die Großeltern erklärt: wenn Mutter genesen wäre, würde der liebe Gott sie zurückschicken. Zunächst aber läßt mein Kranker sie neuerdings aufleben im Geiste, zieht sich von der liebeleeren, ihm völlig entgötterten Welt zurück und spinnt sich in seine Phantasien ein, in welchen er die Mutter wieder voll genießt. Auch vor seiner Erkrankung in der Pubertät denkt er bewußt sehr häufig an die Mutter, die Einzige, so ihn erlösen und gesundmachen könne. Und e i n e Methode, die Vereinigung mit zu erzwingen, ist sein vieles Schlafen, die Rückkehr in den Schoß der Mutter, da zwischen ihr und ihm noch niemand stand. Er vermerkt noch besonders, daß zu Beginn seiner Depersonalisation ein starkes Schlafbedürfnis sich geltend gemacht habe. Im Schlaf wie in seinen Phantasien schafft er eine unerträgliche Tatsache weg. Natürlich bedingt die Rückkehr in den Mutterschoß vollständige Apathie sowie das Aufgeben der eigenen Persönlichkeit. Und endlich ist für die Entstehung seiner Erkrankung noch zu beobachten, daß just dieser Mutter Tod noch ganz besondere, spezifische Genußmöglichkeiten raubte. Wo war denn eine zweite Mutter zu finden, die nicht bloß die eigene passive und aktive Schaulust vererbte, sondern auch die vererbten Fähigkeiten durch Gewähren und Versagen so zu reizen verstand, wie die Mutter meines Kranken? Ödipuswünsche wecken ja andere Mütter auch, doch keine solche mächtigen Gelüste.

Noch ein Umstand wirkte erheblich mit bei dem Überwuchern seiner Phantasie, daß nämlich die Großmutter ihn geflissentlich fernhielt von körperlicher Ablenkung, vom Spiel mit Kameraden, von Sport und Basteln. Er sollte nichts tun, als hinter Büchern sitzen. Nun würde ein normaler Junge sich schwerlich haben abhalten lassen, auch wenn er die Großmutter noch so liebte. Daß er da gehorchte, geht auf seine geringe Muskellust

schlafe und mit den Leuten spreche? Das ist darum, weil ich kein Gefühl habe, gefühllos bin."

zurück,[1] also einen konstitutionellen Faktor, und weiter auf sein großes Schuldbewußtsein. Da die Muskelerotik unterentwickelt war, konnte er, der Musterknabe, sie noch beherrschen und, statt sich körperlich auszutoben, dies auf erlaubtem geistigem Gebiete tun, d. h. in der Einbildung, der Phantasie. Hier wirkten also wieder Anlage von Haus aus mit äußeren schädigenden Einflüssen zusammen.

Für die Fixierung der Depersonalisation ist endlich noch typisch der zwei- oder richtiger dreimalige Ansatz. Zuerst ist es in der frühesten Kindheit die Mutter, die ihn zur Fühllosigkeit zwingt, vom vierten und fünften Jahre aufwärts aber die Großmutter, so endlich in der Pubertät den Anstoß gibt zu dauernder Festlegung. Was in der Kindheit elementar gewesen, wächst mit der Reifezeit zu voller, höchster Blüte empor, zur ausgesprochenen Entpersönlichung.

An der Geschichte ihrer Entstehung lernen wir ein neues Triebschicksal kennen, das freilich keineswegs so häufig als die anderen ist, wie Reaktion, Sublimierung, Charakterformung und Wendung wider das eigene Ich, dafür aber noch viel tiefer greifend und selbst durch eine volle Psychoanalyse kaum beeinflußbar. Von den bekannten, von Freud aufgestellten vier Schicksalen trifft bei dem stärksten Teiltrieb meines Kranken gar nichts zu. Sein mächtiger Schautrieb währt scheinbar unverändert fort seit der frühesten Kindheit, er ist stets auf die gleichen zwei Personen gerichtet, besser gesagt, bis zum heutigen Tage auf die nackte Mutter. Es hat sich weder im Sexualobjekt, noch im Sexualziel etwas geändert. Wandel erfuhr unter der Peitsche der überstarken Kastrationsangst und des übermächtigen Schuldbewußtseins lediglich der begleitende Affekt, die dem Triebe beigesellte Gemütsbewegung. Dies gibt dann ein neues, fünftes Triebschicksal: die Affektentblößung, ein Ausgang, der unter dem Bilde einer Depersonalisation verläuft. Wer dieses besondere Schicksal wählt, hat den großen Vorteil, daß er dem ursprünglichen primitiven Triebe unverändert weiterfrönen darf — unter einer Bedingung: er muß jedes geschlechtliche Fühlen vor den anderen hehlen und schließlich auch vor dem eigenen Bewußtsein. Nur schwindet bei der Vorbildlichkeit des Sexualtriebes mit der Verdrängung des geschlechtlichen Fühlens die Fähigkeit zu empfinden dann überhaupt, woraus das Bild der Entwirklichung resultiert. Auf diese neueste Erkenntnis vom fünften Triebschicksal möchte ich ausdrücklich das Hauptgewicht legen, sie fordert am dringendsten strenge Nachprüfung.

1) Daß erhöhte Schaulust mit verminderter Muskelerotik einherzugehen pflegt, ist uns von der Inversion her geläufig. Vgl. hierzu meine „Lehre von den Geschlechtsverirrungen", S. 134 ff.

Ein Wort noch über die Motive des Vorgangs. Warum hat das Unbewußte meines Kranken zur Depersonalisation gegriffen? Um ein Unerträgliches aus der Welt zu schaffen — den Tod seiner Mutter. Wenn er das sexuelle Genießen beim Anblick ihrer Nacktheit bloß unterdrückt, also nicht mehr „schlimm" ist, war Mutter wohl überhaupt gar nicht gestorben, sondern sie lebt und wird ihn eines Tages erlösen. Man erinnert sich sofort an ähnliche Fälle aus dem Gebiet der Psychiatrie, wo das Unbewußte den Tod eines heißgeliebten Objekts gleichfalls nicht zur Kenntnis nimmt. Eine Braut z. B. erwartet den Geliebten. Da wird ihr die Kunde, dieser sei bei einer Klettertour tödlich verunglückt und auch schon bestattet. Doch ehe sie diese Tatsache glaubt, verfällt sie lieber in eine Psychose. Und so läuft sie jahrelang jeden Morgen auf den Bahnhof, ob nicht der nächste Zug ihr doch den Bräutigam wiederbringe. Denn lieber ist sie geisteskrank, als daß sie die Wirklichkeit anerkennen würde.

Bei nicht zum Irrewerden Disponierten können ähnliche Bedingungen zum Okkultismus[1] führen oder, wie hier, zur Depersonalisation, d. h. zur Unterdrückung der sexuellen Affekte. Nur daß dann leider mit Wegschaffung dieser die ganze Welt affektlos wird und damit unwirklich. Hingegen erlaubt die Entpersönlichung ein dauerndes Festhalten an den so arg verpönten Wünschen und obendrein noch an den Inzestpersonen selber. Während bei jeder gemeinen Neurose Sexualziel und -objekt ins Unbewußte tauchen müssen, ausschließlich der Affekt unsterblich im Bewußtsein bleibt, ist bei der Depersonalisation der Affekt verdrängt, nicht aber das verbotene Gelüste und Objekt. Die Entpersönlichung nimmt also eine Mittelstellung ein zwischen der Neurose und der Geisteskrankheit, in erster Linie der Schizophrenie, und teilt mit der letzteren leider auch die geringe Beeinflussungsmöglichkeit.

Noch zwei Bedenken wären zu erledigen Es könnte vielleicht vermessen scheinen, aus der Zergliederung eines einzigen Falles allgemeine Schlüsse ziehen zu wollen. Ich kann nur entgegnen: Die echte und reine, das ganze Krankheitsbild beherrschende Depersonalisation ist in deutschen Landen überaus selten. Die meisten deutschen Beschreiber des Zustands verfügen bloß über einen einzigen Fall, höchstens solche mit reichster klinischer Erfahrung über drei Fälle. Ich weiß nicht, ob ich noch hoffen darf, je wieder einen solchen zu Gesicht zu bekommen und, wenn schon,

1) Vgl. hierzu „die Mittagsgöttin" von Wilhelm Bölsche. In dieser Erzählung verfällt der Spreegraf, der durch alle Erkenntnisse der Naturwissenschaften gewandert ist, dem Spiritismus, weil dieser ihm mindestens den Geist der verunglückten Geliebten wiederzubringen verheißt. Gleiche Hinwendung zum Spiritismus aus dem nämlichen Grunde fand ich bei einer liebenden Gattin nach dem Tode ihres Mannes.

ihn auch analysieren zu können. Des weiteren ist selbst in der psychoanalytischen Literatur kein einziger Kasus bis zum letzten erforscht. Unter solchen Umständen dünkt mich die Mitteilung eines fast zu Ende analysierten Falles nicht ohne Wert und ferner auch, daß für verschiedene Symptome die Deutung meines Kranken sich vermutlich als typisch erweisen wird.

Schwerer wiegt ein anderes Bedenken. Wieso kommt es eigentlich, daß bei aller intensiven Einzelforschung der Psychoanalytiker jenes fünfte Triebschicksal so völlig übersehen wurde? Hier muß ich noch einmal auf die Seltenheit der echten Depersonalisationszustände zurückgreifen, mindestens als Krankheit *sui generis*. Neben dieser sozusagen essentiellen Depersonalisation gibt es nur eine einzige Krankheit, bei der ihr Symptomenbild deutlich und häufiger hervortritt: die Schizophrenie. Diese jedoch gehört nicht eigentlich zum Arbeitsgebiet des Psychoanalytikers. Wenn solche Fälle uns unterkommen, dann gewöhnlich auf Grund einer falschen Diagnose. Im Verlauf der Behandlung erst stellt sich heraus, daß wir eine Psychose vor uns haben. Dann aber hängt es ganz davon ab, ob der Patient zu reden gewillt ist. In diesem Falle und beim Fehlen von Verblödungssymptomen ist mir in fünf Fällen gelungen, die Kranken wieder berufsfähig zu machen. Die meisten Schizophrenen jedoch wollen gar nicht reden und dann ist natürlich auch psychoanalytisch nichts herauszubringen und auch nicht zu helfen. Immerhin ließe sich vielleicht eine Mahnung aus meinen geringen Erfahrungen ableiten. Bekanntlich weiß man über das Zustandekommen der Dementia praecox so gut wie nichts. In früheren Jahren sollte die Autointoxikation, eine Selbstvergiftung des Körpers, schuld sein. In der letzten Zeit ist die innere Sekretion *le dernier cri* der Medizin und selbstverständlich ward darum auch die Schizophrenie zu einer inkretorischen Störung gestempelt. Wie wäre es, wenn man einmal versuchte, zum Verständnis jener die Depersonalisation heranzuziehen, mit der sie oft lange Zeit das Symptomenbild teilt?

Zum Schlusse will ich kurz zusammenfassen, was sich aus meinem Fall lernen läßt, wobei ich nach Tunlichkeit sondern möchte, was mich typisch dünkt oder mehr singulär.

1) Wir haben in der Depersonalisation ein neues Triebschicksal zu erblicken, das wichtige sexuelle Teiltriebe, wie etwa die Schaulust, als solche unangetastet läßt, desgleichen auch Triebrichtung und Sexualobjekt, und bloß das geschlechtliche Fühlen unterdrückt. Es findet also lediglich Affektentblößung statt, die entsprechende Gemütsbewegung wird ausgelöscht, was sich dann freilich zu allgemeiner Affektlosigkeit erweitert.

2) Kastrationsangst und Schuldbewußtsein sind ausnehmend gesteigert, was eine Reihe von Symptomen erklärt.

3) Zum Aufbau der Depersonalisation gehört ein ein- bis zweimaliger Ansatz in der Kindheit und dauernde Festlegung in der Pubertät.

4) Es scheint, daß zumindest in einer Anzahl von Fällen eine konstitutionell verstärkte Schaulust die allerwichtigste Rolle spielt. Da das Schauen dem Menschen die Grundlagen seines Weltbildes liefert, wird dann auch dies durch jene frühe Affektentblößung mächtig verändert, vor allem jedes Gefühlstons bar. Vorher pflegt als nicht verbotener Rettungsausweg intensives Phantasieleben aufzublühen, das die Wirklichkeit immer mehr umspinnt und schließlich erdrückt.

5) Zur von Haus aus übermächtigen Schaulust scheint sich eine konstitutionelle Verminderung der Muskelerotik zu gesellen. Auch diese steigert auf Kosten der Wirklichkeit das Innenleben und fördert die Neigung zur geistigen Onanie mit all ihren Folgen.

6) Als Hilfsursachen kommen wahrscheinlich für verschiedene Fälle in Betracht: unvernünftige Erziehung durch die Aszendenten, etwa auf Grund ihrer eigenen Entblößungslust, sowie der Neigung, für die Kinder Geschlechtliches ins Harmlose umzulügen.

7) Nicht selten scheint für den Ausbruch der Depersonalisation der frühe Verlust eines Elternteils in der ersten sexuellen Blütezeit entscheidend. Es wird dann zum Motiv der Entwirklichung der Welt, daß man einen unerträglich scheinenden Verlust nicht wahrhaben will.

Ich bin mir bewußt, daß all diese vorgetragenen Gesichtspunke bloß vorläufige Erkenntnis sind, die an einer größeren Zahl von Fällen aufs peinlichste nachgeprüft werden müssen. Vielleicht trägt meine ausführliche Analyse wenigstens eines Falles dazu bei, der künftigen Wahrheit näher zu kommen.

Eingegangen im Mai 1927.

Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik

Erweiterte Fassung eines auf dem X. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß zu Innsbruck am 3. September 1927 gehaltenen Vortrags

Von

Ernst Simmel

Berlin

Es ist der besondere Vorzug psychoanalytischer Indikationsstellung, daß sie uns mit der Diagnose gleichzeitig ein sicheres Prognostikon für unser therapeutisches Bemühen an die Hand gibt. Wir wissen, daß stufenweis gesteigerte Schwierigkeiten uns erwarten, je nachdem wir es mit einer Hysterie, einer Zwangsneurose, einer narzißtischen Neurose oder gar einer Psychose zu tun haben. Das Maß der diesen Krankheitsbildern zugrunde liegenden Regressionen und der dadurch bedingte Umfang einer stattgehabten Libidoaufsplitterung ermöglicht uns Rückschlüsse auf Länge, Mühe und Aussichten unseres therapeutischen Weges. Wir nennen danach eine Neurose „leicht", je näher sie dem Übertragungstypus, „schwer", je näher sie dem narzißtischen Typus steht.

Und doch begegnen uns nicht selten Kranke, denen wir unsere Hilfe bisher versagen müssen, ganz unabhängig davon, ob es sich — im psychoanalytischen Sinne gesehen — um „leichte" oder „schwere" Fälle handelt. Wir können ihre Kur nicht in Angriff nehmen oder müßten sie vorzeitig abbrechen, weil sie in einem anderen Sinne, nämlich allgemein klinisch zu „schwer" krank sind. — Das Symptombild derartiger Neurosen hat entweder infolge ihres zeitlich langen Bestandes, bzw. ihrer unzweckmäßigen Behandlung eine Ausdehnung erfahren, die den Kranken in einen ausgesprochenen asozialen Zustand geraten ließ. Der Hysteriker wie auch der Zwangsneurotiker solchen Grades kann z. B. durch die Unaufhörlichkeit seiner Angstzustände bzw. deren Äquivalente, durch die Ausbreitung seiner phobischen Sicherungen, seines Zwangszeremoniells eine immer mehr zunehmende Einengung seines persönlichen Aktionsradius erfahren, die ihn praktisch nicht weniger realitätsunfähig macht als den Psychotiker. Es ist verständlich, daß derart Kranke nicht nur für sich,

sondern auch für ihre Umgebung eine unerträgliche Last werden, Bestand und Sicherheit der mit ihnen in sozialer Gemeinschaft Verbundenen gefährden. Einige Beispiele aus dem Krankenmaterial, das unsere Klinik aufsucht, mögen zur Illustration dienen!

Was soll der mit schwerer und verantwortungsvoller Berufsarbeit tagsüber vollbeschäftigte Ehemann anfangen, wenn er sich monatelang Nacht für Nacht um die schweren Angstattacken seiner hysterischen Frau bemühen muß? — Wie soll ein Arzt noch arbeiten, überhaupt leben können, dem seine zwangskranke Frau die Ausübung seines Berufes unmöglich macht, weil für sie Arztschilder und jede Annäherung an die Tatsache des Krankseins, des Operierens, des Sterbens, Begrabenwerdens, die Farbe der Trauer ein Tabu bedeutet, das sie zu einem unaufhörlichen Waschzeremoniell nötigt? Wie soll eine sehr vermögende Frau existieren, wenn für den Ehemann alles, was mit Dienstboten zusammenhängt, tabu ist? Eine andere Tabukranke sah ich, die eine elefantiastische Deformierung beider Unterschenkel hatte, weil sie seit zwei Jahren keine horizontale Lage mehr einnehmen durfte. In solchen Fällen müssen die Gesunden, wie Ihnen bekannt ist, damit sie nicht auch noch „phobisch infiziert" werden, wie das einer meiner Patienten bezeichnete, ebensoviele qualvolle Nächte durchwachen und durchwaschen wie die Kranken selbst. — Lassen Sie mich noch an den deletären Einfluß, den Suchtkranke und neurotische Charaktere auf ihre Angehörigen ausüben, erinnern! — Wie soll ein Mann sich in hoher sozialer Stellung halten, wenn sein Ansehen durch die Trunksucht seiner Ehefrau ständig gefährdet wird? — Wie enden denn jene vielen Familientragödien, die Sie sicher ebensogut kennen wie ich, wo beispielsweise erfolgreiche Väter schließlich an einem Herzleiden dahinsiechen, durch Kummer um einen Pseudologen oder Kleptomanen in der Familie, speziell um den Sohn, der hochstapelt, Schulden macht, betrügt, säuft, kurz, Ansehen und Vermögen des Vaters umbringt! — All das sind, wie wir wissen, symbolische Erscheinungsformen des Kastrationskomplexes. Aber der andere, nicht nur der Kranke selbst, geht an diesem Symbol sozial oder vital zugrunde.

Was aber war bisher das Schicksal all dieser Neurotiker selbst, die nur halb oder gar nicht psychoanalytisch behandelt werden konnten? — Sie endeten schließlich durch Selbstmord, im Gefängnis oder im Irrenhaus. Bestenfalls wandern sie für den Rest ihres Lebens von Arzt zu Arzt oder durch die üblichen Sanatorien. Hier kann es ihnen zeitweilig sogar leidlich gehen, nämlich dann, wenn eine „Therapie" ihnen eine Lebensweise des Zwanges, der Qual und Erniedrigung auferlegt, die ihnen ihr unbewußtes Schuldgefühl — die *causa movens* — vorübergehend paralysieren

hilft. Ich weiß von grotesken Hungerkuren in manchen Sanatorien, von Elektrotherapie und Massageprozeduren, die eigentlich einer konstanten Prügelstrafe gleichkommen. — Auch Irrenhaus und Gefängnis kann den Selbstbestrafungstendenzen der Neurose entgegenkommen und „Besserungen" bringen. — Dürfen aber wir, die wir beanspruchen, die Sachwalter der Psychoanalyse mit ihrem dreißigjährigen Erfahrungsschatz zu sein, noch weiter derartige „Heilprozeduren" zugeben? Dürfen wir noch weiter dazu schweigen, daß die Ärzte solchen Neurotikern, die von selbst nicht sterben können, das normale Leben nehmen, weil sie keinen Weg wissen, sie für dasselbe zu adaptieren, sie „existenz- und genußfähig", d. h. gesund zu machen? Ich meine, die Notwendigkeit einer Psychoanalytischen Klinik ist evident, einer Klinik, in der wir den vorher angedeuteten Schwierigkeiten der ambulanten psychoanalytischen Kur mit anderen Hilfsmitteln zu begegnen suchen müssen.

In ihr muß auch eine nach psychoanalytischen Gesichtspunkten orientierte systematische Psychotherapie organischer Krankheiten ihre Stätte finden. Denn auch bei ihnen ist oft die Beziehung des Kranken zu seiner Umwelt ein ausschlaggebender Faktor. Zumindesten fällt bei längerer Dauer der Krankheit ein „sekundärer Krankheitsgewinn" ins Gewicht, der das Leiden als Waffe im Kampf gegen die anderen brauchbar werden läßt. Der körperlich Kranke „agiert" ja, in Rückwendung seiner destruktiven Tendenzen auf das eigene Ich, auf seiner subjektiven Umwelt, d. h. auf seinem Körper das, was eigentlich der objektiven Umwelt, d. h. seinen Angehörigen zugedacht ist. Diese aber, in Reaktion auf das Unbewußte ihres kranken Familienmitgliedes, erstreben unbewußt seinen Tod. — Im letzten Jahr sah ich zwei solcher Kranken, die ich konsultativ beraten sollte, lediglich unter einer Übermacht von „liebevoller" Fürsorge der anderen sterben.

Das Fehlen einer Psychoanalytischen Klinik ist also, darüber besteht kein Zweifel mehr, ein seit langem fühlbarer Notstand. Ihm liegt, wie die eingangs mitgeteilten Beobachtungen über unsere Schwerkranken mich erkennen ließen, ein genereller, wenn auch meist latenter Tatbestand zugrunde. Solch Kranker nämlich, der aus eigenem oder fremdem Antrieb zu uns in Behandlung kommt, stellt mit seinem Leiden häufig nur die Teilerscheinung einer Kollektiverkrankung dar. Diese gerade ist es, die sein Leben mit dem seiner nächsten Umwelt verbindet, mit den Eltern und Geschwistern, mit den Ehe- und Liebespartnern, bzw. auch den Berufspartnern, das bedeutet: mit den Urbildern oder Abbildern seiner infantilen Konfliktwelt. In unseren Schwerkranken haben wir gleichsam nur den Exponenten einer Kollektivneurose vor uns. Sie ist dadurch ent-

standen, daß auch die Lebenspartner aus homologer Komplexbedingtheit oder in Reaktion auf den unbewußten Inhalt eines sich jahrelang auswirkenden Symptombildes eine, wenn auch latente, Komplementärneurose entwickelt haben. Jede analytisch-therapeutisch bedingte Schwankung aber in der Neurose unseres Patienten, bei dem hier noch eine besonders ausgeprägte Neigung zum Agieren besteht, wird von einer korrespondierenden Schwankung im Seelenleben der anderen, d. h. in der Kollektivneurose beantwortet. Wohl gelang es bisweilen, durch die ambulante Analyse eines Einzelnen eventuell auch einen ganzen Lebenskreis psychisch zu sanieren. Häufiger aber wird bei den von mir ins Auge gefaßten Fällen ein „negativtherapeutischer Effekt" zu beobachten sein, und zwar bei den Anderen, bei der Umgebung, als Reaktion auf Heilvorgänge bei dem in unserer ambulanten Behandlung stehenden Patienten. Solche Angehörigen werden sich auf Grund ihres überwertigen Schuld- bzw. Mitschuldgefühls nicht genug darin tun können, die Psychoanalyse ihres leidenden Familienmitgliedes unter allen möglichen und unmöglichen Vorwänden zu stören; denn sie haben in Wirklichkeit Angst vor seiner Gesundung.

Diese Kategorie von Lebenspartnern hatte wohl hauptsächlich Freud im Auge, als er sagte: „Bezüglich der Behandlung der Angehörigen gestehe ich meine vollkommene Ratlosigkeit ein." Unser Rat muß heute heißen: die Analyse eines solchen Patienten gehört in die Psychoanalytische Klinik. Sie muß längere Zeit unter mehr oder minder strenger Isolierung bzw. Dosierung menschlicher Beziehungen durchgeführt werden. — Wir bedürfen der Einführung einer psychischen Diätetik zur Bewältigung solcher psychoanalytischer Kuren.

Wenn sich bisher niemand entschließen konnte, eine Psychoanalytische Klinik in strengerem Sinne zu begründen, so waren daran keineswegs nur äußere Momente schuld. Ich weiß, daß auch theoretische, im Sinn der Psychoanalyse selbst liegende Motive gegen eine solche Klinik zu sprechen schienen. — Im Hinblick auf bisherige Sanatoriumserfahrungen hatte man Grund genug, Übles von einer Atmosphäre zu befürchten, die als Folge des Zusammenlebens zahlreicher Nervöser entsteht, d. h. durch das Gemeinschaftsleben von Neurotikern mit ihren variablen Symptomenbildern von Angstzuständen, Depressionen, Zwangszeremoniells u. ä. mehr. Wer, der es gut mit seinen Kranken meinte, mochte z. B. eine schwere Angsthysterika mit quälenden Konversionssymptomen einem Milieu anheimgeben, in dem Tabukranke sich unaufhörlich waschen, Hypochonder bei Tisch über die Qualität ihres Nasenschleimes philosophieren, Depressive andere um ihre Symptome beneiden und jeden Tag laut und vernehmlich zu sterben wünschen?

Aber noch wesentlicher schienen die spezifisch analytischen Gegenindikationen. Wie sollten wir die tragenden Momente unseres psychoanalytischen Wirkens — Übertragung, Widerstand und Wiederholungszwang — in solch stationärer Behandlung noch meistern können? Sie erfordern ja unsere größte persönliche Zurückhaltung dem Kranken gegenüber. Möglichst wenig soll der Patient von unserer Person und von unserem Tun außerhalb der Behandlungsstunde wissen. Wir sollen die Übertragung in ihrer positiven und negativen Form unter unseren Augen langsam entstehen sehen. Einen Genuß derselben nur in kleinen Quantitäten gestatten, möglichst viel vom Agieren weg zum Erinnern hindrängen. In der Klinik aber lebt der Patient in der Umgebung des Arztes, er kennt die anderen Analysanden und erlebt neben den Schwankungen seiner eigenen Analyse noch die der Analysen seiner Leidensgefährten. — Und zuletzt das vielleicht schwerste Gegenargument! Unser analytisch-therapeutisches Verhalten soll ja entsprechend dem Kompromißcharakter des neurotischen Symptomes gegen das Lustprinzip orientiert sein. Letzten Endes kommt es auf einen Kampf mit dem Über-Ich des Patienten hinaus, mit dem Über-Ich, das nur um den Preis der im Symptom genährten infantilen Lust das Ich im übrigen noch an die Realität adaptiert hält. In der analytischen Situation sind wir die Anwälte der Realität. Und jede Stunde, „von der jeweiligen Oberfläche" ausgehend, vertreten wir die Erfordernisse der gegenwärtigen Objektrealität gegen die Ansprüche der vergangenen, psychischen Realität. Dann gewinnt der Patient Schritt für Schritt mit jedem Stück Einbuße an infantiler Lust ein erhöhtes Maß an Aktivität, die ihn zu neuer adäquater Gestaltung seines rezenten Berufs- und Liebeslebens befähigt. — In der Klinik aber ist dem Patienten das wichtigste Gegenstück seiner Neurose, die Realität, gänzlich abgenommen. Soll darum die wichtigste Funktion der Analyse, die auf Realitätsanpassung hinzielt, nicht geleistet werden können?

Wenn dem wirklich so wäre, wäre eine stationäre Behandlung in der Tat gänzlich verfehlt und wir müßten an der Genesung unserer Schwerkranken verzweifeln. Die letzten Heilmöglichkeiten, die alle sonstigen ärztlichen Disziplinen durch ihre sich ständig verfeinernden klinischen Methoden auf ihren Spezialgebieten bieten, blieben unseren Neurotikern versagt.

Zum Glück ist es nicht so! Mag die Frage, ob das Leben innerhalb der Mauern einer Psychoanalytischen Klinik für den Neurotiker wirklich nur ein *buen retiro* darstellt, einstweilen auch noch offen bleiben, so weiß ich mich doch gegen einen Haupteinwurf bereits gesichert, den Vorwurf:

die Klinik benehme dem Kranken die Anforderungen der Realität. Denn man kann einem Menschen nicht nehmen, was er von selbst längst aufgegeben hat: das Leben in einer realen Gegenwart. — Wie sehen denn die Realitätsbeziehungen unserer Schwerkranken tatsächlich noch aus? — Ich glaube gezeigt zu haben, daß sie nur noch scheinbar an eine Realität, tatsächlich aber an eine Scheinrealität gebunden sind. Wie darf man bei einem Schwersüchtigen noch von einer Realitätstüchtigkeit sprechen, die dieser jeden Augenblick bei dem Ausfall einiger Zentigramm Morphin oder einiger Zigaretten einbüßen kann? — Und wie sieht es bei den anderen von mir ins Auge gefaßten Typen aus? Ihre Neurose ist längst über die Ufer der eigenen Persönlichkeit hinausgetreten und hat die Umgebung mehr oder weniger weit überschwemmt. Ihr Über-Ich hat weitgehendst vor den Triebansprüchen des Es kapituliert und zugelassen, daß mittels des Projektionsmechanismus die Objekte der Gegenwartswirklichkeit fast sämtlichst zu Figurinen der vergangenen psychischen Realität werden. Denn das Ich hat in seinem zweifachen Kampf, gegen die Umwelt einerseits, gegen das Symptom andererseits, dieses selbst rückläufig in den Dienst feindseliger Objektbeziehungen gestellt. — Was ehemals einer Heiltendenz entsprach: mit Hilfe der Ausbildung von Symptomen, Hemmungen oder Ängsten ein genügend starkes Ich für den Realitätsdienst zu erhalten, hat hier durch sein Übermaß zum Gegenteil, zur Persönlichkeitsinsuffizienz geführt.

Die Phobikerin, die nicht im Freien, auch nicht im Zimmer und nicht in Fahrzeugen sein kann, die nicht unter vielen Menschen, auch nicht allein bleiben darf, gleichzeitig Messerangst, Schluckangst und Sehhemmungen hat, die lediglich nur noch bei Gegenwart ihres Mannes existieren kann, für sie ist das ganze Leben tabu, weil es von unbekannten Mächten der infantilen Sexualität übervölkert ist und ihr Mann für sie natürlich in nichts mehr Ehe- und Sexualpartner ist, sondern eine Verdichtungsimago aus Vater, Mutter und den eigenen Geschwistern. — Die schwere Hysterika, die nachts vor Angst (bzw. Herz- und Intestinalstörungen) im Eheschlafzimmer fast umkommt, morgens aber in unendliches Weinen ausbricht, wenn sich der Gatte von ihr trennt, die tagsüber die Wirtschaft vollkommen vernachlässigt und vor Schamgefühl keinerlei Besuche zuläßt, — sie ist nur scheinbar mit ihrem Mann, in Wirklichkeit mit ihrem Vater verheiratet, der in der Jugend, zur Zeit des Ödipuskonfliktes, sie durch manifeste sexuelle Handlungen abgeschreckt und gleichzeitig sexuell erregt hat. — Der Zwangskranke, der Tag und Nacht unzählige Zeremoniells zu erfüllen hat, vom einfachen Händewaschen bis zu den kompliziertesten Sühneprozeduren, seine Taschen immer wieder zur Untersuchung anbietend aus Angst vor

kleinsten, unsichtbaren Papierfetzen, — er ist vollkommen eingebaut in eine psychische Realität, die unter anderem bedeutet: Angst vor verdächtigen Schmutzflecken, die Onanie verraten, jene Onanie, die durch Miterleben der Urszene entstanden, in der üblichen Weise bestraft wurde. Sein Zeremoniell hatte, wie sich durch die klinische Beobachtung herausstellte, ausgesprochen demonstrativen Charakter, mit der Tendenz, die Gemeinschaft anderer zu stören. — Der Hochstapler und Verschwender, der aus ungeheurem Oppositionsdrang seinen Vater um Ehre, Existenz und Leben zu bringen drohte, liegt ja gar nicht mit dem Vater der Jetztzeit in Fehde, sondern im Kastrationskampf mit dem Laios der eigenen Vorzeit. — Der Depressive, der schwermütig und schuldbeladen im Fabrikbetriebe des Vaters sich immer wieder als unfähig erweist, lebt ja nur scheinbar mit dem Vater an gleicher Arbeitsstätte, an den gleichen Maschinen: in Wirklichkeit belastet ihn das schwere Schuld- und Insuffizienzgefühl aus der Ödipuszeit, als er mit derselben Frau, seiner Mutter, ein Kind zeugen wollte wie der Vater und tragisch in diesem Bestreben scheiterte.

Bei dieser Art von Schwerkranken scheinen wir es überhaupt meist mit solchen zu tun zu haben, bei denen nicht die sogenannte sekundäre Versagung die Auslösung des Regressionsmechanismus und damit die Neurose bewirkt hat, sondern mit solchen, die an der Wiederholung der primären Versagung Schiffbruch litten. Unter der Auswirkung von Wiederholungszwang und Übertragungssucht war bei ihnen bereits die Wahl des Lebens- oder des Liebespartners, bzw. die Berufswahl eine neurotische, d. h. nach infantilem Vorbild erfolgt. Die so angestrebten Ersatzbefriedigungen mußten aber eine Situation schaffen, die infolge ihres Schuldgehaltes aus sich selbst heraus zur Auflösung und in die Krankheit drängte. Die einzige Funktion des Über-Ichs, die dann noch persistiert, ist die Realitätsprüfung in Form von Krankheitseinsicht; aber auch sie stellt bereits ein Kompromiß mit dem Es dar. Denn Krankheitseinsicht erspart Schuldgefühl.

Wie weit Krankheitseinsicht als wesentlichste Form der Realitätsbeziehung durch eine spezielle klinische Psychoanalyse aktiv beeinflußbar ist, inwiefern sie unser therapeutisches Bemühen hindern oder unterstützen kann, welche Möglichkeiten bestehen, sie überhaupt zu schaffen, wo sie nicht vorhanden ist, muß zum Gegenstand einer besonderen Untersuchung gemacht werden. — Diese wird sich namentlich auf jene große Gruppe von Krankheiten zu stützen haben, die heute noch die Psychiatrischen Kliniken füllen, dort aber mangels ätiologischer, d. h. psychoanalytischer Kenntnisse unbehandelt bleiben. Das sind die Paraphrenien namentlich in ihren Anfangs- bzw. Prodromalstadien.

Wir werden bereits heute in der Tegeler Klinik außerordentlich häufig um die psychoanalytische Behandlung ausgesprochener Psychosen angegangen. Einstweilen mußten wir uns damit begnügen, Schizophrene und Paranoiker aufzunehmen, die noch im Beginn ihres Leidens stehen und reichlichen Kontakt mit der Objektwelt bewahrt haben. Nach den geringen bisherigen Erfahrungen glaube ich, daß uns überhaupt erst die PsA. Klinik die Möglichkeit an die Hand gibt, Paraphrenien im Beginn oder direkt vor Ausbruch der eigentlichen Symptomatologie wissenschaftlich beobachten und therapeutisch erfassen zu können. — Was wir als Ärzte bisher von diesen Psychosen zu sehen bekamen, ist ein Krankheitsbild, das durch einen mehr oder minder lang traumatisch sich auswirkenden Anstaltsaufenthalt bereits verschlechtert, bzw. verzerrt ist. — Die PsA. Klinik wird also ihre Arbeit weitgehendst in den Dienst der Psychosenprophylaxe zu stellen haben. Freilich werden wir unsere psa. Pflichten den Paraphrenien gegenüber erst wirklich erfüllen können, wenn es uns möglich sein wird, der Klinik eine geschlossene Abteilung anzugliedern, was in absehbarer Zeit zu erwarten ist.

Kehren wir jetzt zum Ausgangspunkt unserer Betrachtungen zurück, die Ihnen zeigen sollten, daß mit der Überführung eines schwerkranken Neurotikers in die Psychoanalytische Klinik an dessen Realitätsbeziehungen im Grunde eigentlich nichts verändert wird. — Die Klinik nimmt dem Patienten keine Realität, wie wir sahen; sie muß ihm aber — dessen war ich mir von vornherein bewußt — eine neue, andersgeartete Realität bieten können, um der Gefahr des baldigen Leerlaufs der Analyse vorzubeugen. Durch die Organisation ihres Betriebes — durch das Leben *intra muros* — muß sie gleichsam eine Prothese, einen Stützapparat liefern, der dem Patienten zur Verfügung steht, bis er *extra muros* selbständig wieder laufen kann, d. h. Existenz- und Genußfähigkeit erlangt hat.

Zunächst liefert uns das Moment der Isolierung aus dem bisherigen Milieu einen für die Produktivität der Analyse wichtigen Faktor. Wir wissen durch Freud, daß die Kur nur dann Aussicht auf Erfolg hat, wenn sie nach Möglichkeit „im Stadium der Versagung" durchgeführt wird, d. h. wenn sie gegen das Lustprinzip orientiert ist und dem Kranken, fortschreitend mit der Aufdeckung seiner unbewußten Triebansprüche, den Genuß eines primären und sekundären Krankheitsgewinnes benimmt. — Dadurch, daß wir nun hier mit einem Male, durch Entzug der bisherigen Objekte, ihm den Spielball für seine psychische Realität aus der Hand schlagen, haben wir auch die Befriedigung seiner starken, sadistisch destruktiven Wunschregungen unmöglich gemacht, die von seiten

des Ichs, aus der Relation des Symptombildes zur Umwelt, auf Erfüllung drängen. Denn noch sind die Menschen der neuen Umgebung Neutra, die sich auch unbewußt vorerst nicht hassen lassen. Es gibt hilfsbereite Ärzte, liebevolle Pfleger und Pflegerinnen, gutes Essen, eine ästhetische Behausung mit landschaftlich schöner Umgebung. — Die zu frühzeitige Mobilisierung unbewußter Widerstände vermeide ich auch dadurch, daß ich in den ersten Tagen des Klinikaufenthaltes keinen Wert auf den Beginn einer exakten psychoanalytischen Kur lege. Ich lasse den Patienten sich erst ein paar Tage akklimatisieren und ihn die ruhige, konfliktreine Atmosphäre genießen, ehe noch das Werk der Übertragung sich fühlbar macht. — Es erscheint mir notwendig, auf diese Weise zunächst eine positive Bindung an das Institut als solches, an den *Genius loci*, zu schaffen, damit er Basis und Rahmen garantieren soll, wenn späterhin durch das Spiel der Übertragung die Mitspieler sämtlich ins Schwanken zu geraten scheinen.

Zum Unterschied von der ambulanten Behandlung gewinnen wir in der Klinik so auch die Möglichkeit, Patienten analysebereit zu machen, die zunächst, widerstandsgewappnet, von einer solchen Kur nichts wissen wollen. Harmlose Spaziergänge im Park mit dem Analytiker, unauffälliges Bekanntmachen mit anderen Kranken, deren Analyse auf Grund ausreichender Übertragung gut im Gange ist, dienen zuweilen als Übergang zur eigentlichen psychoanalytischen Situation, namentlich für solche, die ihre Krankheit anfänglich dissimulieren oder auch auf eine diametral entgegengesetzte Methode schwören. Wir fangen die Kur so scheinbar erst an, wenn der Patient sie selbst will — in Wirklichkeit bei dem ersten Schritt, den er in die Klinik setzt. Die Freundlichkeit und hilfreiche Güte, mit der wir unsere Kranken umgeben, ist dabei nicht nur ein Akt der Menschlichkeit, sondern auch ein Gebot psychoanalytischer Denkweise und Klugheit. Die Klinik darf nämlich weder räumlich noch organisatorisch dem vorhandenen oder noch manifest werdenden Schuldgefühl des Kranken eine Neutralisierungsmöglichkeit bieten. Bei aller Lebensentferntheit darf weder Gefängnis- noch Klostercharakter der Umgebung durch Strafe oder Buße das Schuldgefühl der Patienten betäuben helfen. — Daß die Patienten dabei schon sehr frühzeitig und in bestimmten Behandlungsphasen immer wieder das *buen retiro* des Sanatoriums in unbewußt regressiver Phantasie mit der Mutterleibssituation identifizieren, zeigt uns ihr Verhalten und ihr Traumleben deutlich. Über die Bedeutsamkeit dieses Faktors wird noch später einiges mehr zu sagen sein.

In jedem Fall steht die Psychoanalytische Situation in der Klinik unter besonderem Gesetz. Sie bietet nämlich einen Aspekt, der die psychische Situation, in der sich der Kranke dem

Leben draußen gegenüber befand, innen ziemlich getreu widerspiegelt. Machte draußen die Krankheit an den Grenzen der Persönlichkeit nicht halt, umfaßte sie den Lebenskreis mehrerer Menschen, nämlich das *späte Abbild der Familie* infantiler Vorzeit, so beschränkt sich die Psychoanalytische Situation innerhalb der Klinik nicht auf die Beziehungen vom Analysanden zum Analytiker, sondern auf die *gesamte* Klinik, als eine Art erweiterte Person des Analytikers, bzw. als des *Urtyps seiner Familie* überhaupt. Die Hausmutter und die Pflegerinnen stellen für die Mutter, die Ärzte für den Vater, die Mitpatienten (eventuell auch die Krankenschwestern) für die Geschwister das Phantom zur Reaktivierung des neurotischen Prozesses.

Das Problem *psychoanalytischer Krankenpflege* ist natürlich dabei ein ganz besonders schwieriges und erfordert die unermüdliche Beachtung des Analytikers. An jedem Morgen finden wir — Ärzte und Pflegepersonal — uns im Konferenzzimmer zusammen. Die Schwestern und Pfleger berichten über ihre Beobachtungen an den Patienten außerhalb der Behandlungsstunden vom Vortag. Wir Analytiker geben ihnen Verhaltungsmaßregeln für den kommenden Tag. Das Pflegepersonal wird fortlaufend allgemein psychoanalytisch wie über die speziellen Übertragungssituationen der Pfleglinge orientiert und ist gehalten, bei allem Takt sich vom Patienten nichts gefallen zu lassen und ihn immer und immer wieder, ohne persönliches Beleidigtsein, an den behandelnden Arzt zu verweisen.

Die uns mitgeteilten Beobachtungen, wie auch solche aus eigener Anschauung über das Verhalten der Patienten außerhalb der Analyse — bei Tag oder bei Nacht — werden zu gegebener Zeit in der Analyse selbst mitverwandt. Das widerspricht zwar unseren bisherigen Gepflogenheiten; doch hat eine psychoanalytische Klinik, wie gesagt, ihr eigenes Gesetz. Denn hat der Patient einerseits die Möglichkeit, Tag und Nacht mit Bestandteilen seines Analytikers zu agieren, weil er für sein Unbewußtes hinter jeder Schwester und jedem Hausdiener verborgen sein kann, — so muß der Patient auch gewärtig sein, daß all das bis wirklich an die Person des Analytikers gelangt. Das Pflegepersonal muß wie ein erweitertes Sinnesorgan des Analytikers funktionieren.

Das ist besonders deshalb von Wichtigkeit, weil der Analysand im Milieu der Klinik weit mehr noch als in der Ambulanz im Widerstand gegen die eigentliche Übertragung zum Agieren und zur Katharsis neigt. Den Ambivalenzkonflikt erledigt er bei uns besonders gern in *der* Form, daß er zur Vermeidung seiner Kastrationsangst sich mit seinem Analytiker gut stellt, d. h. an ihm nur die zärtlichen, die feindlichen Strebungen

dagegen an dem Personal wie auch dem Material der Klinik befriedigt. — Die ständigen Versuche unserer Kranken, da dahin gehen, andere in den Bannkreis ihrer Neurose hineinzuziehen, müssen als Übertragung schon in *statu nascendi* entlarvt und unter Zuhilfenahme einer aktiven Milieuregulierung auf die Person des Analytikers konzentrisch eingeengt werden.

Die in anderen Sanatorien so berüchtigten, in einer psychoanalytischen Klinik aber besonders befürchteten Liebeshändel zwischen den Patienten untereinander wie auch mit dem Personal sind für uns ganz gegenstandslos, weil sie bereits im Keim erkannt und analytisch abgebaut werden können. — Wie oft zettelt nicht sonst der ambulante Patient auf der Flucht vor der Übertragung, ihrer Enttäuschung und ihrer Gefahren aktuelle Liebeskonflikte an, die Widerstandsaktionen und als Scheinheilung völlig wertlos sind, weil sie mit Libidoquantitäten unternommen werden, die eigentlich nur dem Analytiker gelten. In der Klinik folgt gleich zu Beginn solcher Aktionen ein Veto, gegebenenfalls unterstützt auch durch ein Veto für den in Frage kommenden Partner. — Die wirkliche Übertragung auf den Analytiker erlebt allerdings der Analysand in der Klinik viel intensiver als in der Ambulanz, weil ihr jeder Ausweg auf die Umgebung systematisch abgesperrt werden kann. Das macht die Behandlung des Hysterikers, der den ganzen Tag über seinen Übertragungserlebnissen nachzugehen trachtet, schwerer, erleichtert andererseits die Analyse von Patienten, die, wie bei narzißtischen Neurosen, schwer übertragungsfähig sind.

Die prinzipielle Tendenz des analytischen Vorgehens ist also auch in der Klinik vollständig gewahrt: Die Kur ist gegen das Lustprinzip orientiert, und zwar im strengsten Sinne der Freudschen Forderung gegen alle infantile Lust, die aus Ersatzbefriedigungen stammt. Die Reallust am Leben aber lassen wir unangetastet, um unbewußte Schuldabbußen zu vermeiden.

Es ist verständlich, daß wir auf diese Weise die Behandlung intensivieren können, weil wir dabei eher als sonst zur Aktualisierung des neurotischen Konfliktes und auch zur Reaktivierung des Verdrängungsprozesses gelangen. Verhältnismäßig bald haben wir den Ödipuskonflikt in nuce mit seinen Vor- und Ausläufern vor uns. Denn durch Versperrung aller Um- und Auswege ist der Patient bald mitten in jener primären infantilen Realität, an der er zuerst gescheitert war. Das bisherige Bestreben aber des Neurotikers, seine Krankheit, über die eigene Persönlichkeit hinaus, in konzentrischen sich Kreisen ausdehnen zu lassen, wird durch konzentrische Einengung innerhalb des „infantilen" Klinikmilieus konsequent auf den Beziehungskreis zwischen Analytiker und Analysand eingegrenzt.

Der Intensivierung der Psychoanalyse kommt dabei die klinische Möglichkeit sehr zugute, auch die außerhalb der psychoanalytischen Situation vorfallenden Manifestationen des Unbewußten mit in den Kreis der analytischen Behandlung einbeziehen zu können. Wir sind in der Klinik gleichsam dazu verpflichtet. Denn wir tragen hier eine viel höhere Verantwortung für das Allgemeinverhalten unserer Patienten als in der Ambulanz. Die Krankheit unserer Neurotiker ist gefährlicher, die Selbstmordgefahr meist eine ernstere. Bei alldem muß es natürlich unser Bestreben bleiben, möglichst ohne äußere Behelfmittel, z. B. das der direkten Bewachung und der Abschließung, auszukommen. Denn auch für die Bewahrung der uns anvertrauten Kranken müssen wir als Analytiker uns im wesentlichen auf die aus der psychoanalytischen Kur resultierende innere Fesselung, die das Band der Übertragung bietet, verlassen können. — Wir umgrenzen darum unsere gefährdeten Patienten, wie ein Analysand das formulierte, nur mit einem „magischen Kreidestrich", der seine bannende Kraft der Übertragungswirkung entlehnt. Wir zielen hierbei auf eine Selbstverantwortung hin, die im Identifizierungsprozeß dem Über-Ich eine Selbststeuerung im Sinne der Realität auferlegt, die sonst dem Arzt zugeschoben werden soll.

Freilich müssen wir alle Gefahranzeichen, die uns das Personal meldet, sorgsam beachten und psychoanalytisch, d. h. in ihren unbewußten Verkettungen auswerten. Zum Beispiel klagt da ein unablässig grübelnder Suizidaler seiner Krankenschwester: nun hätte er auch noch sein Gedächtnis verloren. Kann er sich doch einer schönen Badereise, die er erst vor kurzem mit seiner Frau unternommen hatte, kaum noch erinnern. Besonders sei ihm der Name eines Ostseebades, das jedes Kind kennt, ganz entfallen. — Die Besprechung dieser demonstrativ außerhalb der Analysenstunde vorfallenden Fehlleistung fördert innerhalb der Analyse den wichtigsten, unbewußten Antrieb seines rezenten Selbstmordimpulses zutage. In jenem Badeort war nämlich seine Frau fieberhaft erkrankt und hatte, durch die fieberhafte Trübung ihres Bewußtseins besonders hellsichtig für das Unbewußte ihres Ehepartners gemacht, erregt ausgerufen: „Dir wäre am liebsten, ich stürbe auf der Stelle!" Durch diese eklatante Entlarvung des vom ihm tatsächlich unbewußt Gewünschten hatte sein Schuldgefühl eine Höhe erreicht, das ihn trieb, den unbewußten Phantasiemord möglichst bald an sich selbst realisieren zu sollen.

Neben den Fehlleistungen müssen wir möglichst alle Symbol-, Symptomhandlungen und Ersatzbefriedigungen, die in den Beziehungen des Patienten zu seiner Klinikumwelt vorfallen, den Weg durch die Analysenstunde nehmen lassen. — Andererseits muß ein zu gegebener

Zeit erlassenes Verbot oder Gebot das Agieren weitgehendst zugunsten des Analysierens zurückdrängen. Mit solch aktiver Therapie darf man in der Klinik, die durch ihr Milieu bei einigermaßen ausreichender Übertragung so viel infantile Lustbefriedigungsmöglichkeiten bietet, nicht allzu sparsam sein.

Da wird beispielsweise eine auffällige Appetitsteigerung eines Patienten gemeldet. Die genaue Rationierung seiner Mahlzeit bringt seine oralen Raubgelüste gegen meinen Besitz (Geld, Penis) zutage. Ein anderer versucht scherzhaft, seinem Tischnachbarn die Süßspeise wegzuessen. Der Gegenspieler wieder reagiert in der Weise, daß er sich zum Scherz von der Hausdame, die er seit längerer Zeit bei Tisch mit „Mama" tituliert, die Süßspeise in den Mund löffeln läßt. — Die Analyse bringt den Brustneid auf jüngere Geschwister ans Licht. — Ein anderer Patient steht tagelang nicht vor 12 Uhr mittags auf und opfert standhaft erstes und zweites Frühstück. Der Pfleger meldet dabei die auffällig starke Beschmutzung des Oberbettes mit Sperma. Die nun auf halb 8 Uhr morgens angesetzte Analyse klärt die Situation als Protestonanie gegen die Urszene auf, bei der er nachts (ebenso wie zur Analysenstunde) aus dem Bett geholt und ins Nebenzimmer spediert worden war. Dabei stellt sich noch heraus, daß die beschmutzte Bettwäsche vom Patienten mitgebracht war und eingestickt die Initialen seiner Mutter trug.

Bei einem Trunksüchtigen fällt die außerordentlich glückselige hypomanische Stimmung auf, mit der er die ihm auferlegte Abstinenz erträgt. Dieser Scheinerfolg fiel sofort in sich zusammen, als dem Patienten die von ihm gewählte „Arbeitstherapie" untersagt wurde. Er hatte sich nämlich vom Gärtner den Auftrag geben lassen, Baumäste zu kappen, und kam diesem Geschäft mit Berserkerwut nach. Auf das Verbot dieser Betätigung reagierte er in der nächsten Analysenstunde mit dem wütenden Aufschrei: „Übel kann einem werden. Ich könnte Matratzen fressen!" Danach litt er wie vordem unter dem Alkoholentzug. Und Depression wie Angstzustände vermittelten ihm wieder Krankheitseinsicht als Ersatz für Schuldgefühl und Kastrationsangst, Produkte seines ins Maßlose gesteigerten, unstillbaren, oralsadistischen Libidoanspruchs. — Wie war aber jener selbstgeschaffene hypomanische, d. h. alkoholfreie Rauschzustand ermöglicht worden? Hatte er vordem sein Ich gegen die gleichzeitigen Anforderungen des Über-Ich wie des Es mittels des Alkohols anästhetisch gemacht, so hatte er sich in dem Ästeabhacken eine Ersatzbefriedigung für das Es geschaffen, die gleichzeitig seinem neu gewählten Über-Ich, d. h. mir nützlich und willkommen zu scheinen, geeignet war. Durch diesen auf dem Umweg durch „soziale", d. h. für

mich geleistete Arbeit gewonnenen Spannungsausgleich zwischen Ich und Über-Ich bzw. dem Analytiker hatte er sich den hypomanischen Zustand, d. h. den Rausch geschaffen, der ihm sonst nur mittels des Alkohols möglich war. Der weitere Erfolg in der Behandlung bestand darin, daß sich gerade nach Alkoholgenuß Depression, Angst und Schuldgefühl einstellte; denn nun mußte sein an mir erstarktes, verbietendes Über-Ich wieder selbst die Funktion der Kastrationsdrohung bzw. der Verurteilung übernehmen.

Es sei mir hier gestattet, ein Wort über die klinische Behandlung der Süchte überhaupt einzuschieben, die ja einen sehr wesentlichen Teil unseres Arbeitsgebietes ausmacht. — Es hat sich in der Klinik herausgestellt, daß es keinen besonderen Wert hat, den Patienten allzulange dem eigenen Ringen mit der Abstinenz auszusetzen. Denn auch in ihm steckt noch Lust, nämlich die Lust der Wiederholung des Abgewöhnungskampfes der infantilen Onanie.

Auch die Entwöhnungsprozeduren des Süchtigen erweisen sich als ein Abwehrzeremoniell, das, ähnlich wie beim Zwangsneurotiker, autoerotische Lustmöglichkeiten umschließt, z. B. den Aufschub des Spritzens, um die Sehn—sucht nach der Spritze, bzw. die masochistische Qual der Entbehrung genießen zu können.

Beim Süchtigen ist, wie beim Zwangsneurotiker, die Onanie der Kastrationsdrohung anheimgefallen und hat ihn zur regessiven Belebung prägenitaler, mit Verlustangst besetzter Libidopositionen (analer Exkrementalentzug, oraler Mutterbrustverlust) gezwungen. Die Form der Sucht wird dabei bestimmt von den ihr zugehörigen bzw. verdrängten Phantasien. Das Gespritztwerden entspricht einer anal-masochistischen, das Trinken einer oral-sadistischen Phantasie. Die Entziehungsprozedur aber stellt ein Gemisch von Onanieentwöhnung, Reinlichkeitsgewöhnung und Brustabstillen dar. Mit dem Toxin vergiftet der Süchtige in sich letzten Endes die mit der Kastration drohende Person, d. h. in tiefster Schicht das haßbegehrte, introjizierte Objekt — Mutter, die große Kastratorin aus analer und oraler Vorzeit.

Ich behalte mir eine eingehende Darstellung unserer bisherigen Beobachtungen in der Klinik über die Pathogenese der Süchte vor. Mit Rücksicht auf ihre spezielle klinische Therapie möchte ich aber schon jetzt der mir hier vermittelten Einsicht Ausdruck geben, daß der Suchtkranke im Grunde an einer narzißtischen Neurose leidet, deren er sich mit zwangsneurotischen Mechanismen erwehrt. — Er ist ein Melancholischer, der seinen Über-Ich-Wächter mit demselben Gift betrunken macht, mit dem er das Objekt im Ich mordet. Im Aspekt aber ist er ein Manischer,

solange er im Genuß des Giftes steht, weil alle Ansprüche eines toxisch gelähmten (temporär kastrierten) Über-Ichs entfallen, das nicht mehr imstande ist, zwischen äußerer und innerer (psychischer) Realität im Dienste der Selbsterhaltung zu vermitteln.

Es ist nach allem verständlich, daß gerade der Süchtige, der sich in selbstbestrafender, aber auch in lustmörderischer Tendenz umbringt, auch in der Behandlung aufs äußerste gefährdet ist. In der Psychoanalytischen Klinik aber haben wir eher die Möglichkeit, seinen Selbstmordtendenzen zu begegnen als in der Ambulanz, und dies nicht so sehr durch eine sorgsam überwachende Pflege, wie besonders durch die schon angedeutete Möglichkeit, auf dem Wege der Übertragung seiner destruktiven, auf uns gerichteten Tendenz vorübergehend eine objektive Realisierungsmöglichkeit bieten zu können. Das bedeutet: ich bin in gefährlichen Phasen der Kur damit einverstanden, daß der Patient uns vorübergehend *in effigie* tötet bzw. auffrißt oder kastriert. — Ich erlaube in solchen Zeiten die doppelt und dreifache Ration, die der Patient zu Tisch verlangt, lasse ihn auch Baumäste abhauen, wenn ihm danach zumute ist, oder mache ihm keine Vorwürfe, wenn er in solcher Situation ein Kaffeeservice zertrümmert. — Natürlich darf die so hergestellte „destruktive Objektbeziehung" nicht beibehalten, sondern muß als auf den Arzt projizierte kathartische Ich-Über-Ich-Entspannung analytisch wieder aufgelöst werden.

Auf diese Weise kann in der Klinik ein spezielles therapeutisches Problem, das in den ambulanten Psychoanalysen der Süchte uns besondere Kopfschmerzen machte, der Lösung näher gebracht werden. Es steht uns nämlich hier, wie wir sehen, die Möglichkeit zu Gebote, gerade durch die Eigenart der klinischen psychoanalytischen Situation dem Patienten passagère Ersatzmöglichkeiten zugunsten eines Symptomverzichts bieten zu können. — Auch für den manifesten Lustgewinn des Rauschmittelgenusses — in der Ambulanz wohl der größte Widerstand gegen die Bewältigung der Kur — kann die Klinik, wie mir scheint, das entsprechende Surrogat im Dienste einer notwendigen Ausgleichsökonomie schaffen.

Wenn wir nämlich nach genügend analytischer Vorbereitung dazu übergehen, den Süchtigen im Stadium völliger Versagung zu behandeln, wird dem Patienten dauernde Bettruhe verordnet. Er bekommt eine Sonderschwester, die nur für ihn da ist und sich Tag und Nacht mit hilfreichem Zuspruch um ihn und um seine Ernährung und Körperpflege[1]

1) Ich nutze diese Phase auch im somatischen Interesse des Patienten aus. (Bäder und Trinkkuren zwecks Toxinausschwemmung, Ernährungstherapie usw.)

bemüht. All seinen heftigen Abstinenzerscheinungen (Exaltation, Angst oder Depression) begegnen wir nach Möglichkeit nur mit psychoanalytischer Hilfe, d. h. mit regulärer Behandlung bzw. analytischen Aussprachen, wenn nötig, mehrmals am Tage, auch des Nachts. — Durch diese so veränderte psychoanalytische Situation schaffen wir bei aller bewußten Qual doch für das Unbewußte des Süchtigen die letzte Erfüllung seiner tiefsten Sehnsucht. Denn wieder ein ganz kleines Kind sein, im Bett liegen und von einer freundlichen, vom Vater konzedierten Mutter gepflegt und genährt werden dürfen, von einer Mutter, die stets da ist, wenn ihm Angst wird, das ist das Geheimnis letzter unbewußter Wunscherfüllung des Suchtkranken. Die so von uns geschaffene Situation wiedergewonnener Mutternähe wandelt sich notwendigerweise zur analytischen Situation zurück dadurch, daß sie durch den Fortgang der Kur sich von selbst aufhebt.

Es würde den Rahmen dieser Ausführungen überschreiten, wollte ich noch über einige therapeutische Möglichkeiten berichten, die sich in der Klinik durch die psychoanalytische Ausnutzung solcher ökonomischen Ausgleichssituationen (Mutter—Kind, Pflegerin—Patient) besonders bei der Behandlung gewisser Schizophrenien schon bewährt haben. — Es erübrigt sich aber, ein Wort über die beachtliche Rolle zu sprechen, die das Sanatorium als solches als Mutterleibssymbol in der klinischen Analyse überhaupt spielt. — Bei uns identifiziert, wie schon früher gesagt, der Patient sein durch die Analyse gegen die Realität geschütztes Dasein ganz besonders gern mit der Geborgenheit *in utero*. Er tut das nicht nur im Anfang, wenn das Sanatorium ihn in seine schützenden Arme gegen sein neurotisches Elend in der Welt nimmt. Er tut das auch sehr häufig passagèr, in gewissen Behandlungsphasen, aber niemals, wie Rank zu erkennen meinte, am Ende einer Behandlung. — Im Gegenteil, das Auftreten von Mutterleibsphantasien zeigt uns in der Klinik immer an, daß die Behandlung gerade in dieser Zeit sich einem Fortschritt bzw. einer endgültigen psychoanalytischen Bewältigung möglichst zu entziehen trachtet.

Die Neigung zu solchen Phantasien nämlich wie auch Veranstaltungen, um die Mutterleib-Kindsituation zu agieren, treten immer dann auf, wenn die Analyse auf dem Wege der Übertragung in die Nähe des Kastrationskomplexes gelangt. Dann sucht das Ich durch den intrapsychischen Fluchtmechanismus der Regression die glückliche Anfangssituation wieder herzustellen, in der es noch keine Angst oder keine Angst mehr gab. In solchen Zeiten wollen die Patienten nur „so“ behandelt werden „wie im Anfang“, möchten am liebsten die Analyse vorübergehend unterbrechen

und verlangen nach Bädern (dem Uterussymbol), nach Schlafmitteln, wandern des Nachts zum Zimmer der Schwester oder rufen nach ihr, „damit sie Licht macht", u. ä. — Manche bekommen unerträgliche Kopfschmerzen: „der Schädel ist ihnen wie zusammengepreßt". Sie begehren vor allem Medikamente, nach der Beruhigung *per os*. In extremen Fällen fühlen sie sich unfähig, das Bett zu verlassen. — In der Ambulanz ist in derartigen Zeiten die Fortführung und damit auch die endgültige Bewältigung der Analyse sehr häufig unmöglich. In der klinischen Behandlung können wir das quantitative Moment der Belastungsfähigkeit unserer Patienten berücksichtigen und müssen gegebenenfalls uns bereit finden, das Tempo der Analyse zu mildern, namentlich auch, um passagère Organerkrankungen, die ich einigemal als Resultat eines (negativen) Übertragungswiderstandes beobachten konnte, zu vermeiden. — Wir schieben dann beispielsweise psychoanalytische Karenztage ein oder tragen auch dem Wunsch nach medizinischen „Verordnungen" Rechnung, in dem vollen Bewußtsein, daß wir hier in dosierter Form Übertragungsgeschenke opfern, die wir durch spätere Analyse wieder zurückzunehmen haben. Unser Handeln darf in solchem Augenblick nur von dem Bestreben geleitet sein, den Patienten bei der von ihm im Augenblick gewählten Form intrapsychisch-regressiver, d. h. statischer Flucht zu erhalten, die wir analytisch bewältigen können, damit er nicht zur primitivsten Form der Abwehr greift, — zur motorischen Flucht, bei der er uns aus Kur und Haus läuft.

Diese spezielle Form des Widerstandes, die Kastrationsangst durch Geburtsangst zu vertauschen bzw. zu vertäuschen, erlebte ich in einem Fall besonders drastisch. — Ein junger Mann produzierte vor der Analyse seiner passiv-femininen Einstellung zum Vater und des infantilen Wunsches, ihm ein Kind zu schenken, aus der Übertragung heraus eine ungeheure Kastrationsangst. Diese Angst verwandelte sich gleichsam unter meinen Augen in Geburtsangst. Er regredierte vom Gebären zum Geborenwerden. In der Analysenstunde weigerte er sich, sich hinzulegen, schimpfte andauernd auf das Haus, in dem ein vernünftiger Mensch es nicht aushalten könnte: denn hier fiele einem die Decke auf den Kopf, man könnte keinen freien Atemzug mehr tun, die Atmosphäre sei immer wie zum Ersticken; er kann nicht mehr und will nicht mehr denken. Neun Monate (!) hat er in diesem Kasten (!) gesteckt, und jetzt ist er nur von einem Impuls beherrscht, der heißt: raus! raus! raus! — Wenn er mit „dem Kopf durch die Wand könnte", dann wäre er erst wirklich draußen und könnte sich wieder Mensch fühlen.

Der *Genius loci* der Psychoanalytischen Klinik, das Haus, das die gequälten kranken Menschen in Schutz und Bewahrung nimmt, ihre Angst bindet,

aber auch notgedrungenerweise zu Zeiten ihrer Angst wieder entfachen muß, ist, wie Sie sehen, die symbolische Darstellung der Mutter selbst. — Damit bin ich zum Ausgangspunkt meiner Überblicksskizze über unsere klinische psychoanalytische Arbeit zurückgekehrt.

Der Patient, der draußen an der Realität gescheitert war, weil er zu weitgehende, unbewußt-infantile Ansprüche an sie gestellt hatte, findet, wie ich zu zeigen versuchte, alle Bestandteile dieser infantilen Phantasiewelt im Rahmen der Psychoanalytischen Klinik vorgebildet wieder. — Auch die ganze Skala seiner erstmaligen kindlichen Konfliktbewältigungs- und Abwehrversuche, die seiner Zeit eine Konsolidierung der Persönlichkeit nur mit Defekt erzielten, kann er in der Klinik, gewissermaßen am Phantom, rekapitulieren, unter dem korrigierenden Einfluß der analytischen Kur: vom Mutterleib über die orale und analsadistische Phase zur Unterordnung dieser destruktiven Triebe unter die genitalen, dann zum genitalen Verzicht und Auflösung ihrer inzestuössexuellen Besetzung in der Identifizierung, die ihren Abschluß in der Über-Ich-Neubildung findet.

Von Anfang an war mir dabei immer deutlich: diesem affektgeladenen Übertragungsmilieu („Zauberbergatmosphäre", wie Patienten zuweilen sagen) muß bei aller analytischen Korrektur doch noch ein anderes wirksames Paroli dadurch geboten werden, daß wir an den bestehenden Beziehungen zur realen Außenwelt aufs sorgsamste festhalten. — Wenn wir auf der einen Seite oft auch strenge Absperrungsmaßnahmen vornehmen müssen (z. B. Korrespondenz-, Telephon-, Besuchverbot), so dringen wir wieder andererseits häufig genug darauf, daß in bestimmten Abschnitten der Kur der Patient oft tage- oder auch wochenweise wieder in seine Familie oder in seinen Beruf zurückkehrt. — Den Rest der Behandlung aber bewältigen wir stets nur in der Ambulanz, um der gelungenen Realitätsanpassung sicher sein zu können.

Ein gewisses Stück dieser Anpassung an die Norm suche ich auch in das Klinikmilieu selbst einzufangen, ein Stück Anpassung, das durch die soziale Notwendigkeit gegeben ist. Dieses Realitätserfordernis kann innerhalb der Klinik kein anderes sein als außerhalb; es bedeutet: einordnen und unterordnen unter das Prinzip der Lebensgemeinschaft.

Auf folgendem Wege suche ich das zu erreichen: Der durch die Schwere oder das anstößige Bild seiner Krankheit zunächst noch besonders auffällige Kranke, der die Rücksichtnahme anderer oder ihrer Hilfe bedarf, wird — wie in jeder Klinik der Schwerkranke — auf sein Zimmer verbannt. Die Gesellschaftsräume, die Anregungen und Abwechslungen bieten, gelten als *Exterritorium intra muros*, das nur von dem betreten werden darf,

der soweit hergestellt ist, daß der andere von seiner Krankheit nichts mehr merkt. — Will er also mit anderen gesellig sein, so muß er entweder weitgehendst gebessert sein oder aber den anderen zuliebe seine Stimmung beherrschen, seine Zeremoniells unterdrücken usw., kurz, seine a- und antisozialen Triebregungen vorübergehend bändigen können. Das ist ein Stück Selbsterziehung, das ich den Patienten auferlege, um einmal eine durchaus notwendige psychische Sanierung des Milieus, andererseits auch eine Intensivierung der Analyse anzustreben.

Der Patient hat es also nicht leicht mit seiner Kur in der Psychoanalytischen Klinik. Kein sybaritisches Wohlleben erwartet ihn hier, während man seinen Symptomen schön tut; und gerade das, was ihm andere Sanatorien an Verlockendem bieten, vermißt er bei uns. — Kein tröstender Zuspruch von sentimentalen Schwestern oder Ärzten hilft ihm, sich selbst zu betrügen. Brom und Luminaltabletten dürfen sein Bewußtsein für Abkömmlinge des Unbewußten nicht anästhetisch machen. Und selbst das pharmakologische Refugium eines artefiziellen Schlafs muß ihm häufig genug versagt werden.

Die psychoanalytische Kur in der Klinik muß hart sein, allerdings nur insoweit, als sie sich wirksam der Härte der unbewußten Antriebe unserer Patienten entgegenzustellen hat. Alles muß den Kranken. bei seinen großen wie kleinen Beschwerden, immer nur auf eine Hilfe gebieterisch hinweisen, auf die psychoanalytische Behandlung. — Auch sie erfolgt aus guten Gründen in einem *intramuralen Exterritorium*, der isoliert gelegenen Behandlungsabteilung.

Ich darf zum Schluß der Hoffnung Ausdruck geben, daß aus den heutigen Anfängen heraus später eine systematische klinische Psychotherapie erwachsen wird. Sie soll uns befähigen, das kostbare Instrument, das uns Freud mit der Psychoanalyse in die Hand gegeben hat, noch umfassender und allgemeiner, als es jetzt möglich ist, in den Dienst jener Schwerstkranken zu stellen, die bisher an ihrem eigentlichen Leben vorbei zu sterben gezwungen waren.

Überlegungen zum Begriff der Verdrängung

Von

R. Laforgue

Paris

Es soll im folgenden an Hand eines theoretischen Beispieles spekulativ untersucht werden, ob und inwieweit man die Skotomisation als gelungene oder mißlungene Verdrängung betrachten kann. Zu dem Zweck nehmen wir den Fall einer Frau, die den Tod ihres Kindes, also eine reale Tatsache, nicht akzeptiert, diese Tatsache, wie wir in diesem Fall sagen möchten, skotomisiert, indem sie ein Stück Holz nimmt und es ständig pflegt, als wäre es ihr Kind, das ihr der Tod entrissen hat. Inwieweit darf man hier sagen, die Frau verdränge die Realität? Und ist diese Verdrängung eine geglückte zu nennen, da es ihr augenscheinlich gelingt, die unangenehme Tatsache vollkommen vom Bewußtsein auszuschließen?

Wäre es so, so stünden wir vor der paradoxen Tatsache, daß in unserem Falle eine gelungene Verdrängung (der Realität) etwas Pathologisches zur Folge hätte, während wir sonst in der Neurosenlehre gewohnt sind, das Pathologische als das Resultat einer mißlungenen Verdrängung anzusehen.

Man kann sich nun den Tatbestand, daß der Tod des Kindes, also ein Stück Realität, nicht akzeptiert wird, dadurch erklären, daß die Frau wünscht, ihr Kind möge noch am Leben sein. Aber man könnte sich auch vorstellen, daß die Frau die Realität nicht akzeptiert, weil diese Realität die Erfüllung von Todeswünschen wäre, die sie früher einmal gegen das Kind gehabt und selbst längst verdrängt hätte, so daß die „Verdrängung" der Wirklichkeit eigentlich nur ein gegen das Es gerichtetes „Nachdrängen" wäre. Von diesem Standpunkt aus betrachtet, hätten wir es also in unserem Beispiel tatsächlich mit einer „geglückten Verdrängung" zu tun.

Wir glauben jedoch, daß wir noch auf eine weitere Möglichkeit hinweisen müssen. Die Negierung der Realität könnte als Folge einer pathologischen Disposition betrachtet werden, die dafür verantwortlich wäre, daß

die Frau gerade so und nicht anders reagiert. Man könnte sagen, die Realitätsverleugnung oder, wie wir in diesem Falle vorschlagen, die Skotomisation wäre nur die Reproduktion eines Mechanismus, an den die Frau durch irgend ein früheres Ereignis fixiert gewesen wäre. Und man darf sich vorstellen, daß diese Disposition auch schon früher der Realität gegenüber in Aktion getreten ist, ja, daß eigentlich nie eine richtige Beziehung zur Realität bestanden hat, obwohl dies nie so akut in Erscheinung getreten ist wie nach dem Tode des Kindes. Die Psychoanalyse hat uns mit diesen Reproduktionstendenzen gut bekannt gemacht und uns gelehrt, ihre Ursachen in fixierenden infantilen Erlebnissen zu suchen. So könnte man also fragen: Ist die Verleugnung der Realität nicht die Reproduktion einer Verleugnung, die in der Kindheit der Frau vor sich gegangen ist? Wir wissen aus der Psychoanalyse, daß der Ödipuskomplex eine entscheidende Rolle in der Kindheit spielt. Man muß infolgedessen die Möglichkeit in Betracht ziehen, daß diese Disposition zur „Verleugnung" oder Skotomisation sich im Laufe eines Ödipuskonfliktes oder vielleicht gar schon früher in der Vorödipussituation entwickelt hätte.

Diese Konfliktmöglichkeiten stellen wir uns folgendermaßen vor: Im frühesten Kindesalter gehört die Mutter psychisch noch ganz zum „Ich". Erst langsam käme das Kind dazu, die Mutter als nicht zu ihm gehörig zu akzeptieren und als ein Stück Außenwelt, von der es selbst abhängig ist, aufzufassen. Dieser Vorgang wäre eine Art von psychischer Entwöhnung; sein normaler Verlauf könnte es sein, der das Kind befähigt, sich der Außenwelt gegenüber normal einzustellen. Mit anderen Worten ausgedrückt: Die Außenwelt könnte nur dann akzeptiert werden, wenn das Kind in der Mutter zum erstenmal ein Stück Außenwelt zu sehen richtig gelernt hat. Es müßte nun die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, daß unter Umständen dieser psychische Entwöhnungsvorgang beim Kind aus irgend einem Grunde nicht normal vonstatten geht; das Kind könnte im Laufe eines Konfliktes Todeswünsche gegen die Mutter haben, die sich durchsetzen, indem das Kind so tut, als wäre die reale Mutter überhaupt nicht vorhanden. Nach dem, was wir durch die Psychoanalyse wissen, dürfen wir uns vorstellen, daß das Kind im Laufe eines solchen Konfliktes gegen seinen Haß ankämpfen möchte, ihn zu verdrängen sucht, daß diese Verdrängung aber mißlingt und die Mutter auf dem Wege der Verleugnung und der Skotomisation als nicht existierend, als tot betrachtet würde. Die Verleugnung oder ihr extremster Fall, die Skotomisation, wäre also ein Symptom, eine Kompromißbildung zwischen zwei Triebrichtungen, zwischen einem todwünschenden Haß gegen die Mutter und einer — vielleicht überkompensierten — Liebe zu ihr. Der Haß setzt sich schließlich in der Verleugnung oder Skotomisation der

Mutter und weiterhin als Tendenz der ganzen Umwelt gegenüber durch, in Versagungssituationen diesen an der Mutter erworbenen Mechanismus der Verleugnung zu wiederholen. Somit hätten wir es in diesem Falle mit einem Mißlingen der Verdrängung des Hasses zu tun, da das Verdrängte sich mit Hilfe der Skotomisation endlich doch durchsetzt. Dieser Vorgang, der eine gewisse Analogie mit der Vogel-Strauß-Politik hat, könnte nun zur Disposition beitragen, die es unserer kranken Frau erlaubt, auch die Realität totzuschlagen, wenn ihr die Realität das Kind geraubt hat.

Von diesem Standpunkt aus betrachtet, wäre das Negieren der Realität als Resultat einer mißglückten Verdrängung aufzufassen. Gegen die Realität richtete sich dieselbe Tendenz, die sich ursprünglich gegen die Mutter gerichtet hatte.

Wir sehen also, daß wir nach dem Standpunkte, den wir wählen, ein und denselben Verdrängungsvorgang einmal als geglückt, das andere Mal als mißglückt betrachten dürfen. Allerdings sind wir in der Wahl des Standpunktes nicht immer frei; wir könnten durch Tatsachen gezwungen werden, uns im Einzelfalle für eine der beiden Möglichkeiten zu entscheiden.

Falls die Beobachtung gewisser Schizophrener uns dazu führen würde, uns auf den zweiten Standpunkt zu stellen, dann wäre die Skotomisation ein Spezialfall der mißglückten Verdrängung. Wir möchten aber nicht etwa den Eindruck erwecken, als läge uns daran, an dem Terminus „Skotomisation" festzuhalten. Es kommt uns einzig auf die Anerkennung des Mechanimus an. Wir haben gesehen, daß dieser als eine besondere Art der geglückten Verdrängung angesehen werden kann, daß aber ein anderer Gesichtspunkt dazu führt, ihn doch als eine mißglückte Verdrängung zu beschreiben. Eine nähere Differenzierung ist jedoch erst auf Grund des eingehenden Studiums wirklicher Fälle möglich. Wir müssen jedenfalls an die Möglichkeit denken, daß eine derartige Skotomisationsdisposition es dem Menschen überhaupt unmöglich macht, gewöhnliche Verdrängungen durchzuführen, und ihn zwingt, an ihrer Stelle den beschriebenen Mechanismus anzuwenden, was zu ganz komplizierten Folgezuständen Anlaß geben könnte.

Um auf den Terminus „Skotomisation" zurückzukommen, so kann man ihn vielleicht aus subjektiven Gründen als „unschön" verwerfen, aber andererseits scheint mir das Wort „Verleugnung" dem Sachverhalt nicht ganz gerecht zu werden, denn bis zu einem gewissen Grade drückt das Wort Verleugnung wohl einen bewußten psychischen Akt aus, während es sich bei der Skotomisation um eine Situation handeln würde,

die es dem Bewußtsein vielleicht nie erlauben würde, eine normale Wahrnehmungsmöglichkeit für gewisse Realitäten zu entwickeln; dieser Zustand sozusagen geistiger Blindheit müßte dann mit einem Worte bezeichnet werden, der ihn genügend von der vorbewußten oder bewußten Geistestätigkeit unterscheidet.

BOSTON PSYCHOPATHIC HOSPITAL LIBRARY

Die Laboratoriumsmethode in der Psychoanalyse, ihr Anfang und ihre Entwicklung[1]

Vortrag auf dem IX. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Homburg, September 1925

Von

Trigant Burrow

Baltimore

Aus dem englischen Manuskript übersetzt von H. C. Syz

Mit den neuen Gedankengängen und Methoden, die von der Entwicklungslehre ausgingen, wurde ein neues Instrument zur genauen Bestimmung beobachteter Prozesse in die wissenschaftliche Methodik eingeführt. Dies Instrument ist das wissenschaftliche Laboratorium. Das wissenschaftliche Laboratorium ist ausgezeichnet durch die Genauigkeit seines Urteils in bezug auf das untersuchte Material. Um die Bedeutung des Laboratoriums in seiner Anwendung auf unsere eigenen subjektiven Prozesse zu verstehen, wird es von Vorteil sein, wenn wir uns zuerst verdeutlichen, was die Bedeutung des Laboratoriums in seiner Anwendung auf der allgemeinen Beobachtung zugängliches objektives Material ausmacht, wenn wir uns fragen, welche Anforderungen eigentlich der Untersucher an sich stellen muß, und wenn wir so die für das Laboratoriumsverfahren gültigen Kriterien genau bestimmen. Solange wir uns der geistigen Prozesse, welche die Funktion dieses Präzisionsinstrumentes bestimmen, nicht voll bewußt sind, werden wir nicht fähig sein, die Kriterien, die überall für die Laboratoriumsdisziplin charakteristisch sind, ohne Kompromiß aufrecht zu erhalten.

Das Laboratorium setzt Grundlagen der Beobachtung voraus, die auf einem phyletischen und inhärenten Prinzip beruhen. Ohne diese phylogenetische Basis gibt es keine biologische Beobachtung, da das grund-

1) Wir machen diesen Vortrag des amerikanischen Autors den deutschen Lesern zugänglich, obwohl uns eine Stellungnahme zu der von ihm versuchten Neuerung wegen seiner abstrakten Ausdrucksweise und der Unbestimmtheit seiner Angaben nicht möglich erscheint. Die Redaktion

legende Prinzip für jedes Laboratoriumsverfahren fehlt. Mit der Anwendung dieses Laboratoriumsprinzipes wird automatisch eine Vergleichsmethode in Tätigkeit gesetzt, durch die das einzelne Element der Gattung in Beziehung zu seinem phyletischen Substrate gesehen wird. Das Studium der vergleichenden Anatomie zeigt, daß die Einzelglieder einer Gattung ein phyletisches Kontinuum darstellen, das eine gemeinsame Vergleichsbasis für die einzelnen Elemente der betreffenden Spezies bildet. Blutplättchen sind auf Grund ihrer strukturellen Identität oder der eben für Blutplättchen charakteristischen Konsistenz wissenschaftlich als Blutplättchen zu identifizieren. In entsprechender Weise wird die Pathologie einer Struktur oder eines Gewebes auf Grund ihrer Verschiedenheit von anerkannt gesunden Elementen als eine Abweichung von der Norm bestimmt. Infolge einer gewohnheitsmäßigen, auf persönliche Hemmungen zurückführbaren Einengung des Gesichtskreises ist aber auf psychischem oder funktionellem Gebiet das primäre Kontiniuum, welches das Substrat des individuellen psychischen Lebens darstellt und die Erkenntnis pathologischer Abirrungen möglich macht, noch nicht festgestellt worden. Man hat sich nicht vergegenwärtigt, daß unter den Bedingungen unserer komplexen Gesellschaft diese pathologischen Abirrungen die Gattung in ihrer Gesamtheit durchsetzen.

Auf subjektivem Gebiet, d. h. in der Sphäre des menschlichen Denkens und Fühlens, war Sigm. Freud der erste, der durch die Anwendung dynamischer biologischer Prinzipien auf die psychischen Vorgänge die Laboratoriumstechnik einführte. Die Einbeziehung dieses dynamischen Faktors bezeichnete den Anfang wissenschaftlicher Beobachtung in der unbewußten Sphäre menschlichen Verhaltens. So kam in den Händen Freuds dieses wissenschaftliche Instrument, das durch die Laboratoriumsmethode hervorgebracht worden war, auf dem Gebiet psychischer Prozesse zur Anwendung. Dieser Neuerung Freuds in der subjektiven Sphäre, die wissenschaftlich längst anerkannten Prinzipien auf objektivem Gebiet entspricht, wurde aber ein hartnäckiger sozialer Widerstand entgegengebracht von seiten einzelner Individuen, deren konventionelle Vorurteile, soziale wie persönliche, durch die Laboratoriumsuntersuchung notwendigerweise verletzt worden waren. Diese Hemmungen sind entgegen gewöhnlich vertretener Anschauung keineswegs auf Persönlichkeiten außerhalb unseres psychoanalytischen Zirkels beschränkt, sondern auch aktiv in denen, die zu unserem Kreise gehören.[1] Tatsächlich liegt die eigentliche Schwierigkeit

1) „Psychoanalytic Improvisations and the Personal Equation", The Psychoanalytic Review, Vol. XIII, No. 2, April 1926.

gerade in uns Psychoanalytikern, und es ist diese Hemmung, die uns automatisch von der ursprünglichen Laboratoriumsabsicht Freuds abgebracht hat.

Es ist meine Auffassung, daß infolge dieser uns innewohnenden Widerstände das unentbehrliche Instrument der Wissenschaft, das Laboratorium, noch nicht den ihm unter uns zukommenden Platz eingenommen hat. Um auf psychischem Gebiet zu einem phylogenetischen Substrate zu kommen, müssen wir das Unbewußte von einer sozialen Untersuchungsgrundlage aus betrachten, die der von Freud ursprünglich auf die individuelle Neurose angewandten individuellen Beobachtungsbasis analog ist. Wenn wir nämlich das Unbewußte von einer sozialen Basis aus untersuchen, wird sich, glaube ich, die Notwendigkeit einer Laboratoriumsuntersuchung der sozialen Mechanismen der Bewußtseinsprozesse ergeben, welche der Beobachtung der individuellen Mechanismen des Bewußtseins entspricht. Wir werden finden, daß für die in sozialer Form auftretenden psychischen Störungen die Möglichkeit einer Laboratoriumsuntersuchung besteht, analog der Betrachtungsweise geistiger Störungen, wie wir sie zuerst durch Freud in den unbewußten Prozessen des individuellen Patienten kennen lernten.

Obschon die Entwicklung der Freudschen Lehre die Möglichkeit einer solchen Laboratoriumsmethode für psychische Prozesse in die Wissenschaft eingeführt hatte, fuhr die Psychoanalyse fort, der klinischen Tradition der Medizin treu zu bleiben. Da die Psychoanalyse von der Klinik ausgegangen war, ließ es sich nicht vermeiden, daß sie mehr und mehr den therapeutischen Methoden der Klinik anhing und in gleichem Maße von den Prinzipien der Laboratoriumstechnik abwich. Infolge dieses unbemerkten Umstandes war es die Tendenz der psychoanalytischen Bestrebungen, sich von ihrer ursprünglichen Forschungsbasis so weit zu entfernen, daß gegenwärtig sehr sorgfältige Rekonstruktionsprozesse nötig sind, wenn man die wissenschaftlichen Postulate wiederherstellen will, auf denen Freuds grundlegende Entdeckung basiert.

Im Gefühl, daß ein umfassenderes Verfahren nötig sei, begann ich mit einigen Mitarbeitern mich für Methoden zu interessieren, die größere Genauigkeit der Laboratoriumstechnik garantieren würden. Wir überzeugten uns von der Notwendigkeit, die von Freud in der Behandlung einzelner Individuen entwickelte Methode unter tatsächlichen Laboratoriumsverhältnissen, nämlich in Gruppenanalyse, anzuwenden.[1] Unsere Arbeit führte

1) „The Group Method of Analysis", Vortrag gehalten vor der Washington Psychoanalytic Society, November 14, 1925. Veröffentlicht in The Psychoanalytic Review.

uns allmählich zu der Erkenntnis, daß die Prozesse unserer Beobachtung auf eine soziale oder konsensuelle Methode gegründet sein müssen, die ebenso bestimmt ist wie die Technik des Laboratoriums der objektiven Biologie.[1] Denn geradeso wie die objektiven Kriterien des Laboratoriums in einem konsistenten Kontinuum oder phyletischen Substrate bestehen, das die Gattung einbegreift, so bestehen die ebenso unerläßlichen subjektiven Kriterien in einem subjektiven Kontinuum, das die subjektiven Prozesse der verschiedenen Beobachter vereinigt. Konsensuelle Daten sind nur von einer konsensuellen Basis der Sinneseindrücke aus bestimmbar. So lange uns Psychoanalytikern die soziale Einsicht in die Notwendigkeit eines solchen sozialen Präzisionsinstrumentes fehlt, unterstützen wir unbewußt die sozialen Dissoziationen, die ebenso bestimmt unbewußte Ersatzleistungen sind wie die symbolischen Substituierungen, die wir klinisch im Unbewußten des Einzelindividuums zu studieren gewohnt sind.[2]

In einem Vortrag, den ich im Jahre 1917 vor der American Psychoanalytic Association hielt,[3] versuchte ich ein Prinzip aufzustellen, das in dem, was damals als „Nest-Trieb" oder „Urbewußtsein" bezeichnet wurde, die primäre subjektive Phase des psychischen Lebens darstellte. Dieses Prinzip war vorgeschlagen worden, um ein biologisches phyletisches Kontinuum auszudrücken, das nicht nur für individuelle Übereinstimmungen, sondern auch für deren Abweichungen in pathologischen Reaktionen eine Vergleichsbasis abgeben würde.

In seiner ursprünglichen Stellung hatte dieses damals postulierte Prinzip der primären Identifikation nur die Bedeutung eines zufälligen, isolierten Laboratoriumsbefundes und es war in seiner Anwendung auf die individuelle Neurose beschränkt. Als isoliertes Phänomen in seiner ontogenetischen Bedeutung war es notwendigerweise nur auf ontogenetische oder individuelle analytische Grundlagen anwendbar. Da dieses Prinzip sich aber deutlich dem näherte, was phyletisch ist, leitete es ganz natürlich zu weiteren phylogenetischen Folgerungen über. Es ist von Interesse, daß dieses Prinzip der primären Identifikation in seiner ontogenetischen Bedeutung

1) „Psychiatry as an Objective Science". The British Journal of Medical Psychology, Vol. V, Part IV, 1925.

2) „Our Social Evasion", Medical Journal and Record, Vol. CXXIII, No. 12, June 16, 1926.

3) „The Preconscious or the Nest Instinct", Vortrag, gehalten an der 7. Jahresversammlung der American Psychoanalytic Association, Boston, Mass., 15. Mai 1917. Dieser Vortrag enthält den Kern eines Materials, das, in einem Buche gesammelt, später veröffentlicht werden wird. Eine vorläufige Andeutung davon wurde gemacht in „Genesis and Meaning of Homosexuality", Psychoanalytic Review, Vol. IV, No. 3, July 1917.

analytisch nicht nur durch meine eigenen Studien über Dementia Praecox und verwandte Störungen voll bestätigt wurde, sondern auch durch L. Pierce Clarks Untersuchungen über die Psychologie der genuinen Epilepsie[1] und ähnlicher Erkrankungen. Indem Clark seine Beobachtungen auf das Prinzip der primären Identifikation basierte, verfolgte er die organischen psycho-neuralen Regressionen des Epileptikers auf dieselbe Basis zurück. Während aber, wie ich schon erwähnte, die in der Neurose des Einzelindividuums ausgedrückte Störung auf dieses Prinzip der primären Identifikation als das ursprüngliche Substrat des psychischen Lebens zurückverfolgt werden kann, bleibt die Anwendung dieses Prinzips auf die individuelle Neurose beschränkt. Der Mensch aber ist nicht nur Individuum. In seinem Geistesleben ist er nicht Einzelpersonen, sondern Teil einer gesellschaftlichen Kontinuität, die aus einem primären der Gattung innewohnenden Kontinuum herausgewachsen ist. Gerade wie das Einzelindividuum in einer individuellen Kontinuität ontogenetischen oder mütterlichen Ursprunges seine Basis findet, so hat auch der gesellschaftliche Organismus seine Grundlage in einer Rassenkontinuität von phylogenetischer, sozialer Natur. Es ist meine Anschauung, daß dieses Rassenkontinuum die phylogenetische Basis für das soziale Leben des Menschen bildet, genau so wie die kindliche Kontinuität der Einzelperson mit dem mütterlichen Organismus — die primäre Identifikation mit der Mutter — die ontogenetische Grundlage für seine spätere Entwicklung als Individuum bildet. Kurz gesagt, in gleicher Weise wie das psychische Leben des Einzelindividuums auf eine physiologische Quelle zurückführbar ist, die dieser primären Identifikation entspricht, können wir auch in unserem sozialen Leben den Ursprung des Menschen zu einem für die Rasse charakteristischen Prinzip primärer Identifikation zurückverfolgen.

In den letzten Jahren machte ich mit einigen Mitarbeitern den Versuch, unter uns Einzelindividuen ein Mittel zur praktischen Vergegenwärtigung dieser gemeinsamen Anlage des Gefühlslebens, wie es zuerst unter dem Symbol des Urbewußtseins (preconscious) gefordert worden war, heranzubilden. Indem wir dieses Prinzip des Urbewußtseins als phyletische Basis des individuellen Geisteslebens auffaßten, gingen unsere praktischen Bemühungen darauf hin, individuelle Manifestationen mit diesem der

1) Clark, L. Pierce. „A Psychologic Study of Abraham Lincoln", The Psychonalytic Review, Vol. VIII, No. 1, January 1921; „The Narcism of Alexander the Great," The Psychoanalytic Review, Vol. X, No. 1, January 1923; „Some Psychological Data Regarding the Interpretation of Essential Epilepsy", The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 61, No. 1, January 1925.

Rasse und uns selbst innewohnenden Prinzip in Beziehung zu bringen und die pathologischen Abirrungen unserer mannigfachen Gefühlsreaktionen im Lichte einer gemeinsamen Gefühlskontinuität zu studieren. Das Ergebnis war die Entwicklung eines praktischen psychoanalytischen Laboratoriums, in welchem eine konsensuelle Übereinstimmung in bezug auf das subjektive Material eine genaue Beobachtung individueller Abweichungen möglich macht, in gleicher Weise wie das biologische Laboratorium die wissenschaftliche Beobachtung struktureller Abweichungen von der allgemein anerkannten phyletischen Norm erlaubt. Unter dieser Laboratoriumsdisziplin wurden Reaktionen, welche sonst, persönlicher psychoanalytischer Technik gemäß, in privater Vertraulichkeit von einer notwendigerweise privaten Beobachtungsbasis aus studiert werden, gemeinsam beobachtet unter einem Konsensus von Individuen, die eine gemeinsame Vergleichsbasis anerkennen und miteinander teilen. Diese psychoanalytische Laboratoriumsmethode beschränkt sich nicht mehr nur auf Studium und Behandlung eines isolierten Individuums durch ein anderes Individuum, das in seiner privaten Funktion als Analytiker ebenso isoliert ist. Die wissenschaftliche Laboratoriumsanalyse erstreckt sich vielmehr auch auf die sozialen Verdrängungen, die in den zu der als „Normalität" bezeichneten Verbindung vereinigten Gruppen von Individuen enthalten sind.[1]

Wie schon erwähnt, bestehen die Kriterien des Laboratoriums der Biologie, solange es sich um objektives Material handelt, in strukturellen Grundlagen von phyletischem und kontinuierlichem Charakter. In entsprechender Weise bestehen die Kriterien des Laboratoriums für subjektive Prozesse in einer Kontinuität, welche sozialer Natur ist und die Beobachtungsprozesse der verschiedenen Untersucher einschließt. Auf subjektivem Gebiet sind die Beobachter aber nicht nur beobachtende Subjekte, sondern auch beobachtete Objekte; und geradeso wie im objektiven Laboratorium die Beobachtungsbasis in der Homogeneität der Sinneseindrücke liegt, ist auch auf subjektivem Gebiet die exakte Beobachtung auf eine homogene Basis oder Kontinuität der subjektiven Wahrnehmungen gegründet. Von diesem Gesichtspunkte aus wird die Laboratoriumsmethode zur Methode konsensueller Beobachtung auf subjektivem Gebiet geradeso gut wie auf objektivem. Dieser Konsensus der Beobachtung schafft die für zuverlässiges wissenschaftliches Urteil nötigen Vorbedingungen, indem er das Element der persönlichen Voreingenommenheit in der Beurteilung der Tatsachen ausschließt. Für eine richtige Durchführung alles Experimentierens auf subjektivem Gebiet ist es daher unbedingte Voraussetzung, die persönliche

1) „Our Mass Neurosis", The Psychological Bulletin, Vol. 23, No. 6, June 1926.

Gleichung auszuschalten und damit auch den irreführenden Einfluß, den sie notwendigerweise auf die Beobachtungsprozesse ausübt. Auf Grund dieser weiter ausholenden, durch das konsensuelle Laboratoriumsverfahren gelieferten Basis, mag die Psychoanalyse dazu kommen, eine ebenso umfassende Beziehung zu den geistigen Störungen einzunehmen, wie sie die Medizin sonst zu Störungen struktureller Natur inne hat. Es war das Verdienst der Laboratoriumsuntersuchung von Tuberkulose und Typhus, daß diese pathologischen Prozesse nun in ihrer sozialen oder kollektiven Tragweite behandelt werden. Diese Krankheitsprozesse wurden früher nur als ganz isolierte individuelle Zustände angesehen, die nur nach isolierter und persönlicher Behandlung von seiten eines einzelnen Arztes verlangten. Auf Grund der von den objektiven Forschern gelieferten, entwicklungsgeschichtlichen und phyletischen Basis, mit dem Instrument des histologischen und bakteriologischen Laboratoriums, werden diese krankhaften Zustände nun in ihrer sozialen Bedeutung studiert und erhalten so die Aufmerksamkeit, die eine Untersuchung und Behandlung von sozialen wie auch individuellen Gesichtspunken aus ermöglicht.

Der Moment ist gekommen, wo die Laboratoriumsmethode, welche durch die von Freud auf das Studium der individuellen Neurose angewandten Prinzipien eingeführt worden war, nun auch auf das weitere Gebiet ausgedehnt werden muß, das die Neurosen in ihren sozialen Zusammenhängen einschließt. Der Neurotiker ist ebensowenig ein isoliertes Phänomen wie der Tuberkulöse. In beiden hat die ontogenetische Natur der Störungen ihr Gegenstück in einem phyletischen sozialen Substrate. Dementsprechend kann dem Prozeß der therapeutischen Wiederherstellung nicht von einer auf ontogenetischen Ursprung beschränkten Basis aus Genüge getan werden, sondern er muß auf Ursachen von phyletisch-sozialem Charakter ausgedehnt werden. Mit der Erkenntnis der sozial kontinuierlichen oder übertragbaren Natur der Infektionskrankheiten ergab sich die Möglichkeit einer umfassenden Laboratoriumsuntersuchung des spezifischen Ursprunges dieser Störungen und eines Zurückverfolgens dieses Ursprunges zu dem gemeinsamen strukturellen Kontinuum des Phylums. In gleicher Weise wird mit der Erkenntnis der sozial kontinuierlichen und übertragbaren Natur der neurotischen Erkrankungen und mit dem Aufdecken ihrer gemeinsamen Ursachen durch geeignete Laboratoriumstechnik die Einsicht in den gemeinsamen Ursprung dieser Störungen im Bereiche des Bewußtseins ermöglicht.[1]

1) „Insanity a Social Problem", The American Journal of Sociology, Vol. XXXII, No. 1, Part 1, July 1926.

Es wurde mir nach zwölf Jahren psychoanalytischer Praxis basierend auf der Methode der persönlichen Analyse klar, daß die persönliche Basis des einzelnen Analytikers notwendigerweise nur das soziale Gegenspiel der angeblich isolierten Reaktion des von ihm behandelten Individuums ist. Ich begann einzusehen, daß keine Theorie über die soziale oder phyletische Natur neurotischer Prozesse die ihr ganz widersprechende ontogenetische Basis des tatsächlichen Verfahrens kompensieren kann, eines Verfahrens, durch das mein Patient mit mir sozusagen zu einer vertraulichen Betrachtung seiner privater Ausschreitungen zusammengeschlossen wurde. Es zeigte sich, daß die ontogenetische Basis, auf der die persönliche Analyse unvermeidlicherweise beruht, notwendigerweise den Konsensus der Beurteilung, der mit dem phylogenetischen Prinzip des Bewußtseins gleichbedeutend ist, ausschließt. Wenn diese für exakte Urteile nötige konsensuelle Basis fehlt, verhindert der Faktor der persönlichen Voreingenommenheit des Analytikers unbewußterweise mehr oder weniger eine direkte und vorurteilslose Bewertung der untersuchten Tatsachen.

Dieses Element der persönlichen Gleichung kann nur durch eine umfassende oder Gruppenanalyse in Angriff genommen werden. Durch ein solches Verfahren werden wir zu der Überzeugung kommen, daß in den Grenzen der Einzelanalyse das Element der persönlichen Voreingenommenheit unvermeidlicherweise das persönliche Urteil des einzelnen Analytikers unbewußt beeinflußt. Ich stehe auf dem Standpunkt, daß durch diesen Faktor der persönlichen Gleichung des Analytikers die für die Einzelneurose typische Verdrängung und persönliche Geheimtuerei nie ganz behoben werden kann, solange wir unsere Untersuchung nur auf die persönlichen Prozesse beschränken, die den vertraulichen Rapport zwischen Patient und Analytiker ausmachen. Von einem weiter ausholenden sozialen Standpunkte aus erscheint eine solche Art von Rapport, mit ihrer notwendigerweise individualistischen Begrenzung nur als ein weiterer Faktor in der das Unbewußte des Einzelpatienten schon beherrschenden Verdrängung und Heimlichtuerei. Kurzum, es ist zu oft der Fallstrick der privaten Analyse, — wie auch der Ehe unter dem gegenwärtigen sozialen System, — daß sie die isolierte Neurose des Einzelindividuums unbewußt durch ein sozial reziprokes Verhältnis ersetzt, das in seiner gegenseitigen Exklusivität nicht weniger indirekt und der Verdrängung unterworfen ist. Diese Einsicht enthüllt das Vorhandensein einer sozialen Neurose, die unbewußt vom Arzt und vom Patienten geteilt wird; eine Neurose, deren Mechanismus in der stillschweigenden Abmachung besteht, des andern Selbsttäuschungen nicht in Frage zu stellen, um so die eigenen besser

zu beschützen. Die Einsicht in dieses gegenseitige Element der persönlichen Gleichung führte zwischen mir und meinen Mitarbeitern zu einer allmählichen Auflösung dieser verheimlichten und unbewußten sozialen Situation.

Das ganz natürliche Ergebnis derartiger Überlegungen war die spontane Entwicklung von Maßnahmen, die schrittweise zu der Einführung einer sozialen oder Gruppenmethode der Analyse führten, basiert auf eine konsensuelle Laboratoriumstechnik. Es mag von Interesse sein, etwas von den tatsächlichen Verhältnissen zu erwähnen, die zuerst zu unserer Gruppenbasis der Analyse führten. Einer meiner Patienten, der über außergewöhnliche analytische Einsicht und Erfahrung verfügte und die Inkongruität der Situation empfand, nahm mir den Widerspruch übel, der zwischen meinen theoretischen Darlegungen über eine sozial gemeinsame Grundlage des Bewußtseins und der von mir als Analytiker trotzdem beharrlich innegehaltenen individualistischen Stellung bestand. Dieser Protest gegen die Inkonsequenz meiner zwiespältigen Stellungnahme nahm unmittelbar meine Aufmerksamkeit gefangen und die resistente Haltung meines Patienten schien mir experimentelles Interesse zu bieten, obschon ich unbewußt deren praktischer Bedeutung skeptisch gegenüberstand. Mit einigem Widerstreben ging ich auf ein Arrangement ein, wonach meinem Patienten die Stellung des Analytikers und mir die des Analysanden zukommen sollte, unter der Annahme, daß die soziale Basis, die ich nur in Theorie befürwortet hatte, nun von ihm tatsächlich und ohne Vorurteil akzeptiert werde. Die mühsamen Monate dieses Experimentierens lieferten den Beweis dafür, daß der Widerstand meines Patienten gegen die Inkonsequenz meiner Methode ihren Antrieb in einer ebenso persönlichen und widerspruchsvollen Stellungnahme seinerseits hatte, und daß die Theorie einer sozialen Behandlung des individuellen Bewußtseins — vom unparteiischen Standpunkt des Laboratoriums aus — durch ihn geradeso wenig verwirklicht worden war als durch mich. Dieser Befund führte zu einer weiteren Ausdehnung meines Experimentes, zu der allmählichen Entwicklung einer Technik, die Gruppen von Individuen einschloß, zuerst kleinere, dann größere; die kleineren Gruppen enthielten vier, die größeren bis zwanzig Personen. In diesen Gruppen wurde der Unterschied zwischen Analytiker und Analysand vollkommen aufgehoben; jedem Individuum lagen automatisch beide Funktionen ob. Auf diese Weise kam ein soziales Kontinuum von Affekten zustande, und es ergab sich die Notwendigkeit, deren gemeinsame Basis in unserem gemeinsamen sozialen Phylum zu erkennen. Das stufenweise Resultat solcher Gruppenuntersuchungen war die widerstrebende Aufdeckung sozialer Verdrängungen von so bestimmter

Natur wie die angeblich persönlichen Verdrängungen, die uns als individuelle Analytiker bisher beschäftigt hatten. Dies wurde besonders deutlich durch den Umstand, daß Individuen, die sich wegen persönlicher Widerstände einer individuellen Analyse unterzogen hatten und also angeblich analysierte Persönlichkeiten darstellten, immer noch — wenn der umfassendereren Gruppenanalyse unterworfen — die unserem sozialen Leben eigenen kollektiven Verdrängungen aufwiesen.

Vielleicht könnte man die Arbeit unserer Gruppe als die Entwicklung einer sozialen Technik für die Behandlung von Problemen bezeichnen, die nicht nur persönlicher, ontogenetischer, sondern auch sozialer, phylogenetischer Natur sind. Von der Basis einer gemeinsamen sozialen Übereinstimmung aus haben wir versucht, Bedingungen zu schaffen, die eine objektive Bewertung solch unbewußter Elemente erlauben, wie sie ein jeder von uns sozial in seiner individuellen Isolierung verkörpert. Am Anfang war es sogar schwierig, sich diese Situation auch nur vorzustellen. Soviel ich sehe, hat dies seinen Grund darin, daß das Individuum in seiner persönlichen Unterordnung unter das umgebende soziale System zugleich auch ein wesentlicher, notwendigerweise mitwirkender Teil dieses selben unbewußten sozialen Organismus ist. Das Individuum ist beides zugleich, Opfer und Angreifer, Beleidigter und Beleidiger. Die Bemühungen unserer Gruppenarbeit, diese beiden künstlich getrennten Tendenzen wieder zu vereinigen, bildete für viele Monate ein fast unüberwindliches Hindernis in unserer Arbeit. Trotz diesen Schwierigkeiten führten unsere Bestrebungen zur Entwicklung einer analytischen Technik, welche dem Individuum eine Perspektive auf diese hemmenden sozialen Prozesse ermöglicht und seinen Gesichtskreis wie auch seine Fähigkeit, als integrierendes Element im homogenen sozialen Organismus zu funktionieren, wesentlich erweitert. Wir waren imstande, nachzuweisen, daß eine bestimmte, bis jetzt noch nicht bemerkte Verbindung von Selbstschutz und Widerstand unser gesamtes soziales System durchdringt, genau so wie es im Einzelindividuum der Fall ist. Es konnte gezeigt werden, daß wir unbewußt alle gleicherweise an dieser sozialen Konsolidierung von Verdrängungen teilnehmen. Wir machten aber auch die Erfahrung, daß — trotz dieser Massenfixation und ihres hartnäckigen Widerstandes gegen Selbstbeobachtung — diese Prozesse geradeso gut einer Analyse zugänglich und einer Auflösung fähig sind wie die ebenso hartnäckigen Widerstände, die wir durch die Analyse von Reaktionen einzelner Patienten kennen gelernt haben.

Die Autorität des Laboratoriums besteht darin, daß es auf entwicklungsgeschichtlichen, phyletischen Grundlagen beruht. In einem weiteren phyletischen Sinne könnte man sagen, daß durch die Anwendung biologischer

Prinzipien auf objektivem strukturellen Gebiet — wie das Laboratorium demonstriert hat — Wissenschaft und Entwicklungslehre gleichbedeutend geworden sind. Mit gleichem Recht mag gesagt werden, daß auf dem subjektiven Gebiet der Forschung die Autorität der wissenschaftlichen Forschung allein auf dem Laboratorium beruht. Indem wir uns dieser Autorität fügten, wurde ich mit meinen Arbeitsgefährten dazu gezwungen, eine phyletische Basis als strukturelles Kontinuum des Bewußtseins anzunehmen, in welchem die Einzelindividuen organisch identische Elemente darstellen. Demgemäß haben wir in unserer Gruppenarbeit uns bemüht, die die Neurose ausmachenden künstlichen Unterscheidungen und Dissoziationen von einem ontogenetischen wie auch notwendigerweise phylogenetischen Prinzip aus ins Auge zu fassen. Es ist doch ganz unverkennbar, daß in unserer komplexen gesellschaftlichen Organisation diese künstlichen Differenzierungen und Dissoziationen nicht nur das einzelne Individuum in seinem eigenen System, sondern auch den psychobiologischen Organismus, der die Einzelindividuen in ihrem gemeinsamen sozialen Bewußtsein vereinigt, isoliert und mit sich selbst in Zwiespalt gebracht haben.

Ich sehe wohl ein, daß diese Auffassung die Vollständigkeit unserer gegenwärtigen psychoanalytischen Basis offen in Frage stellt; daß sie unverhohlen zugibt, daß die Psychoanalyse einen definitiven Engpaß erreicht hat. Ich glaube, wir müssen uns den Umstand vor Augen halten, daß die Psychoanalyse ihre Bemühungen mehr darauf konzentrierte, die Methoden der Anwendung ihrer Prinzipien zu verbessern als diese Prinzipien selbst weiter zu entwickeln. Das in diesem Vortrag dargestellte Verfahren, welches das Individuum nicht als Einzelindividuum, sondern als Teil eines gemeinsamen sozialen Organismus ansieht, hat durch einen praktischen, experimentellen Versuch ein Mittel für eine breitere Entwicklung unserer fundamentalen psychoanalytischen Bestrebungen geliefert. Die Arbeit unserer Gruppe ist nicht eine Theorie sozialer Werte oder eine Vorschrift für die Verbesserung sozialer Einrichtungen. Sie ist der Versuch einer exakten Analyse sozialer Wertungen und sozialer Zustände, wie sie tatsächlich sind.[1] Das konsensuelle Verfahren ist ebensowenig eine Theorie wie das individuelle, für den einzelnen Neurotiker angewandte Verfahren Theorie ist. Es ist eine Forschungsmethode und in bezug auf soziale Gruppen bestehen wir auf der Anwendung tatsächlicher Forschung und nicht auf einer Theorie darüber, was soziale Gruppen sein sollten oder werden mögen. Unseren Kritikern können wir nur so antworten wie Professor Freud von Anfang

1) „The Heroic Role — An Historical Retrospect", Psyche, Vol. VII, No. 1, July 1926.

an so oft seinen Kritikern geantwortet hat, wenn er sagte: „Disputiert nicht mit mir über die Natur meiner Befunde, sondern geht direkt zu der Quelle, wohin ich zu gehen hatte und wo Ihr Eure eigenen Befunde erheben könnt.“ Denn es war Freuds Anschauung, daß etwas im Menschenleben vorhanden ist, das ganz bestimmt der Untersuchung bedarf. Dieser Gedanke, den Freud so oft in bezug auf das Einzelindividuum ausgedrückt hat, muß nun ebenso beharrlich auf den Massenausdruck des Bewußtseins, wie er sich im kollektiven, sozialen Leben dieser selben Individuen äußert, angewandt werden.

BOSTON PSYCHOPATHIC HOSPITAL LIBRARY

KASUISTISCHE BEITRÄGE

Aus der Analyse eines Falles von Straßenangst

Vortrag in der „Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft" am 6. Dezember 1927

Von

Franz Cohn

Berlin

Vor ungefähr einem halben Jahre schloß ich die Analyse einer Straßenangst ab, die anderthalb Jahre gedauert hatte. Das Resultat schien mir befriedigend, die Patientin konnte, nach neunjähriger Krankheit, frei herumgehen und -fahren. Sie hatte eine wesentliche Charakteränderung erfahren, war aus einer aggressiven, wenig verantwortungsbewußten Person eine zur Selbstbeherrschung fähigere Frau geworden. Dennoch blieb ein schwerer Zweifel zurück: Die Beendigung der Analyse schien mir nämlich allzusehr im Interesse der Patientin zu liegen, die von ihr eine größere Freiheit in ihren Beziehungen zu einem verheirateten Manne erwarten durfte. Sie hatte sich vor einigen Monaten heftig in ihn verliebt und damit einen Teil der Übertragungsaffekte der Analyse entzogen. Er eignete sich als Ersatzperson für den Analytiker, da er sich für dieses Gebiet interessierte. Auch war er selber sehr krank und litt unter anderem auch an Straßenangst. Es hatte den Anschein, als wollte sich die Patientin aus ihrer mißratenen Ehe in eine Beziehung hineinretten, die nicht geringere Konfliktstoffe enthielt.

Die Analyse der letzten Monate hatte sich gründlich mit dieser abgespaltenen Übertragung beschäftigt. Leider konnte man nicht feststellen, wie weit es gelungen war, die Patientin zur Einsicht in die Gefahren zu bringen, denen sie sich durch weiteres Übertragungsagieren ausgesetzt hätte. War doch ihre Ehe schon öfter durch ähnliche Situationen schwer erschüttert worden. Ich stellte mir in optimistischer Weise vor, daß die Analyse mit der Ablösung vom Analytiker wie in kommunizierenden Röhren auch die Ablösung vom anderen Objekte mit sich bringen müßte; die Nebenübertragung schien im wesentlichen eine Folge der analytischen Versagung, also ein passagères Symptom bei der unaufhörlich agierenden Patientin zu sein. Auf Grund der letzten Phase der Analyse hatte ich mich für berechtigt gehalten, die Patientin zu entlassen, und erfuhr erst vier Monate später, daß sie das fehlende Stück draußen nachgeholt hatte.

Die 36 Jahre alte Patientin, Mutter eines zehnjährigen Mädchens, verheiratet mit einem wohlhabenden Kaufmann, kam in die psychoanalytische Poliklinik, da ihr Mann von einer Behandlung nichts wissen wollte. Sie litt seit den

Revolutionstagen im November 1918 an Schwächeanfällen, die sich im März 1919 zu Ohnmachten steigerten. Erst nach dieser Zeit entwickelte sich das Bild der Agoraphobie; sie mußte lange Zeit das Bett hüten und war nicht einmal imstande, das Klosett allein aufzusuchen. Sanatoriumsaufenthalte, auch ein Hypnoseversuch, blieben erfolglos. Als die Behandlung einsetzte, war die Patientin immerhin imstande, in Begleitung die Straße aufzusuchen, bekam aber dabei Schwindel und Herzklopfen, je weiter sie vom Hause wegkam. Bei Versuchen, sich ganz in der Nähe allein zu bewegen, mußte sie in Treppenhäuser und Geschäfte flüchten und Angstkäufe machen. Sie sprach dann immer jemand um Hilfe an. Die hauptsächlichste Begleitung dieser stattlichen Frau war die kleine Tochter, außer ihr hielt sie sich noch eine Reihe Freundinnen, offenbar nur zu diesem Zwecke, denn am Ende der Analyse gab sie die meisten sehr schnell auf.

Die Patientin war in ihrem Sexualleben gänzlich unbefriedigt, vaginal unempfindlich, sie onanierte an der Klitoris und ließ sich nach dem Koitus vom Manne manuell befriedigen. Ihre Frigidität war auch beim Verkehr mit anderen Männern niemals geschwunden. Vor und während der Periode litt sie, und zwar erst während der Krankheit, unter ausgesprochenem Krankheitsgefühl, Ekel und Erbrechen. Eine eigentümliche Hemmung zeigte sie beim Nähen, sie konnte nur ganz grobe Stiche ausführen.

Die Patientin entstammte einer reichen Fabrikantenfamilie. Sie ist das fünfte Kind, vor ihr lauter Brüder. Acht Jahre lang war sie die einzige Tochter, dann bekam sie noch eine Schwester. Der Vater verwöhnte sie ausschließlich und ließ sich ganz von ihr beherrschen. Sie pflegte ihn mittags am Fenster zu erwarten, ihm ihre Wünsche nach Süßigkeiten zu signalisieren und bei der Begrüßung sprang sie an ihm hinauf und umklammerte ihn mit den Beinen. Nach dem Essen pflegte sie eine Stunde lang im Lexikon zu studieren und gleich darauf mit dem Vater auf dem Sofa zu liegen, bis er eingeschlafen war. Alle diese Gewohnheiten behielt sie bis zum siebzehnten Jahre bei. Der kleinen Schwester redete sie ein, sie wäre nicht das Kind des Vaters, und es gelang ihr auch, sie vom Vater fern zu halten. Später aber verwandelte sich dieser anfängliche Haß gegen die Schwester in eine zärtliche Liebe. Nach dem Tode des Vaters teilten sie sogar bisweilen ihre Geliebten miteinander. Der Ausbruch der Krankheit steht ebenfalls mit der Schwester in Zusammenhang.

Bis zum achten Jahre hatte sie bei den Eltern geschlafen, dann bis zum vierzehnten Jahre mit den beiden nächstälteren Brüdern. Gegen den drei Jahre älteren hegte sie eine tiefe Feindschaft und zeigte auch später große Gleichgültigkeit angesichts seiner traurigen wirtschaftlichen Lage. Er galt ihr als brutal, und sie schloß sich frühzeitig an den fünf Jahre älteren Bruder Otto an, der schwächlich, zart und geistiger war, für sie eine Art schützender Großvater dem Jüngeren gegenüber, vor dem sie Angst hatte und der sie zu allerhand Diensten zwang. (Otto wurde später lungenleidend und starb, als sie 21 Jahre alt war. Sie hatte ihn sehr liebevoll in der Krankheit gepflegt. Er ist das Urbild des Mannes, in den sich die Patientin am Schlusse der Analyse verliebte.) Die Patientin erinnert sich, mit zwölf Jahren auf einer Reise beim Vater geschlafen und seinen Penis berührt zu haben. Er pflegte sie von klein an abends aufzudecken und seine Hände an ihrem Leib zu wärmen. In diese

Zeit, etwa das dreizehnte Jahr, fällt ein seltsamer Vorgang. Sie fand sich in einem Badeort bei großer Mittagshitze mit geschlossenen Augen schlafwandelnd auf der Straße, wo sie eine Dame als Mutter ansprach und dann aufwachte. Es muß die Zeit des gewohnten Liegens beim Vater gewesen sein.

Sie erinnert sich deutlich, den Vater oft beim Urinieren gesehen zu haben, hatte auch ganz bewußte Koitusphantasien, solange sie denken konnte, und war offenbar unaufhörlich mit ihm beschäftigt.

Mit dreizehn Jahren begann eine Reihe von Erlebnissen im Treppenhaus, wo sie sich von den Freunden der Brüder am Genitale berühren ließ und diese Gunst gegen Anfertigung der Schularbeiten verkaufte. Von einem Studenten ließ sie sich dort den Penis zeigen, ein anderer lehrte sie die Onanie, als sie vierzehn Jahre alt war.

Bis zur Menstruation, die erst mit siebzehn Jahren eintrat, litt sie noch häufig an Bettnässen, mit Träumen vom Fliegen und von Kindern, die geschlagen wurden.

Der Vater starb, als sie neunzehn Jahre alt war, an einer Taboparalyse im Alter von 61 Jahren. In den letzten Jahren war er verblödet und mußte im Stuhl gefahren werden, außerdem durfte er nie allein sein, nachdem er einmal lange Zeit hilflos im Badezimmer gelegen hatte. Auch die Patientin konnte im Bade nicht allein bleiben. Der Tod der Mutter erfolgte vier Jahre vor Beginn der Analyse; sie wurde 58 Jahre alt. Sie war der Patientin als tüchtige Hausfrau in Erinnerung, was ihr immer sehr verächtlich vorgekommen war. Die Tochter hatte durch ihr auffälliges Benehmen die Mutter ständig zu strenger Bewachung genötigt. Hut und Mantel wurden ihr versteckt, weil sie ein Zimmer an der Straße bewohnte und sich mit ihren Freunden am Fenster verständigte. Ihre Brüder schämten sich, mit ihr zusammen gesehen zu werden.

Seit dem achtzehnten Jahre hatte sie eine heimliche zärtliche Beziehung zu ihrem Vetter, einem Sohn der Mutterschwester, der ihr offenbar den Vater ersetzte. Als sie 24 Jahre alt war, bemühte sich ihr jetziger Ehemann um sie. Es gelang ihr aber nicht ohne weiteres vom Vetter loszukommen, er drohte mit Selbstmord, wenn sie ihm nicht den ersten Koitus gewähre, und sie gab nach. Durch eine Fahrlässigkeit der Patientin erfuhr die Mutter von der Defloration. Sie wollte sie nun zwingen den damals mittellosen Vetter, anstatt des reichen Mannes, zu heiraten. Als dieser aber seinen Antrag wiederholte, heiratete sie ihn doch, und sie war bereits auf der Hochzeitsreise, als der Vetter erst davon erfuhr und daraufhin lebensgefährlich erkrankte. Damals muß die Patientin ein Machtgefühl kennen gelernt haben, das sie später noch oft erproben konnte.

Die Ehe blieb nur etwa vier Jahre von größeren Störungen frei, im geheimen spielte der Vetter wieder die rein zärtliche Rolle der früheren Jahre. Erst durch den Ausbruch der Krankheit schien ihr die Freiheit eines ungezügelten Lebens ermöglicht zu sein, das etwa drei Jahre hindurch dauerte und die Patientin beinahe zugrunde richtete. Sie hatte eine Reihe von Geliebten, bisweilen zwei zugleich, zuletzt einen hochstaplerischen Künstler, der ihr allen Besitz stahl, um andere Abenteuer damit zu finanzieren, der ihre Schwester und Freundinnen sich zu Willen machte, allerhand Perversionen trieb und sie schließlich sitzen ließ. Sie lebte einige Monate mit diesem

Hochstapler zusammen, dann holte ihr Mann sie wieder zurück, vor allem wohl aus Rücksicht auf das Kind. Von dieser Zeit an blieb sie ihrem Manne äußerlich treu.

Die Analyse wurde von der Patientin zunächst nur als eine Art Teestunde betrachtet. Das entsprach auch ihrem sonstigen Verhalten: Ihre wesentliche Beschäftigung bestand im Spazierengehen und Lesen aktueller Romane. Sie mußte sämtliche Kinopremièren sehen, aber auch jedes gestürzte Pferd, Betrunkene, Blinde, Straßendemonstrationen, kurz alles, was auf der Straße oder in der Öffentlichkeit sich abspielte. Sie schwärmte von sich selbst, von ihrer künstlerischen Persönlichkeit. Sie liebte es, auf Abendgesellschaften zu deklamieren. Vor der Bühnenlaufbahn hatte sie allerdings nicht Talentlosigkeit, sondern Angst beim Auftreten bewahrt. Ihr ganzes Wesen wirkte trotz ihrer stattlichen Größe infantil, exaltiert wie bei einem Backfisch. Zu ihrer Art, sich als geistig interessierte Frau aufzuspielen, standen ihre realen Äußerungen in einem bescheidenen Verhältnis. Mit dieser spielerischen, immer ein wenig berauschten Art hat sie es merkwürdigerweise fertig gebracht, wie eine Nachtwandlerin durch gefährliche Situationen hindurchzukommen.

Ihre Sensationslust hatte auch die erste Gelegenheit zur Erkrankung geschaffen: Als sie sich in den ersten Revolutionstagen an einem exponierten Platze aufgestellt hatte, begann plötzlich eine Schießerei und sie floh, von ihrem Manne dicht gefolgt, in Todesangst davon. Damals setzten die Schwindelanfälle ein. Die Ohnmachten und die darauf folgende Straßenangst traten erst im März 1919 hervor, und zwar im Zusammenhang mit einer sexuellen Verfolgung durch einen Mann, der zuerst ihre Schwester begehrt hatte, dann aber zu ihr übergehen wollte. Sie widerstand dem Verführer, um ihrer geliebten Schwester keine Konkurrenz zu machen, brach aber dann eines Tages auf der Straße zusammen.

Der schwierigste aktuelle Konflikt lag zweifellos in der Ehe der Patientin. Ihr Mann, kaum jünger als sie, „ein Junge", wie sie zu sagen pflegte, war ihr größter Gegensatz. Zwangsneurotiker, ständig deprimiert, Einsamkeit und Ruhe suchend, ordnungsbesessen, unablässig über die zurückgehenden Geschäfte grübelnd und immer geiziger werdend. Sie verhöhnte seine religiösen Gewohnheiten und hinterging seine Anordnungen. Kam es einmal zu einer ruhigen Stunde, so warf er ihr plötzlich die Defloration vor. Täglich kam es zu Schreiszenen, die vom Portier beendet werden mußten. Wenn aber die Frau ihm den Braten hinwarf oder ihn ohrfeigte, wurde er ruhig. Solchen Szenen pflegten Abbitten und Kniefälle des Mannes, dann Versöhnung und schließlich sexuelle Beziehungen zu folgen. Nach dem Koitus ekelt er sich vor ihr und sucht sie lange Zeit (bis zu acht Monaten) nicht wieder auf. Er war jedoch auf sie angewiesen, sobald er Gewitterangst hatte. Als er gleich nach Beginn der Ehe auch an Straßenangst litt, war sie genau so liebevoll zu ihm wie später zu dem gleichfalls agoraphoben Freunde, der am Ende der Analyse auftrat. So haßten sich die beiden und konnten doch ohne einander nicht auskommen.

Die kleine Tochter, auf die sie im Grunde eifersüchtig war, suchte sie dem Manne zu entfremden, sie freute sich jedesmal, wenn das Kind dem Vater gegenüber respektlos auftrat. Mutter und Tochter waren sehr gut miteinander, sie konnten stundenlang mit gleichem Vergnügen sich verkleiden und spielen.

In die Analyse brachte die Patientin reiches Material, sehr viele Träume, aus denen das Verständnis für ihr unaufhörliches Agieren regelmäßig hervorging. Im Anfang standen orale Wünsche im Vordergrund, und während der ganzen Analyse drängten sie sich wieder vor, sobald der Patientin ein Liebesverlust zu drohen schien. Die Träume, in denen sie Milch, Würstchen, Schlangen aß, zeigten jedesmal, daß in diesen Wünschen Ansätze zu einer Einverleibung, eine Art fraktionierter Introjektion zu erblicken war. Die ambivalente Übertragung setzte gleich in den ersten Tagen unter stürmischen Liebeserklärungen und rücksichtslosen Verführungsversuchen ein. Dabei wurde auch das Strafbedürfnis sofort erkennbar. Unter anderem war es ihr einmal eingefallen, mir ein Buch zum Geschenk anzubieten, das ich in vorsichtiger Weise ablehnte. Sie träumte diesen Vorgang als Empfang einer Ohrfeige. Daß die Einverleibungstendenz vorwiegend dem Penis galt, ergab sich aus zahlreichen Träumen und Übertragungserscheinungen. Die Analyse konnte diese Neigung zur oralen Einverleibung des Penis mit einer Kindheitserinnerung in Verbindung bringen: Die Patientin erinnerte, den Penis ihres drei Jahre älteren Brüderchens in der gemeinsamen Badewanne gesehen zu haben. An dieses Objekt scheinen sich zunächst Saugwünsche geheftet zu haben, die später sich zu dem Verlangen steigerten, den Penis abzubeißen. Die Patientin zeigte eines Tages eine auffallende Verwirrtheit und Desorientiertheit, sie fand sich in den ihr gewohnten Straßen nicht mehr zurecht, konnte nicht begreifen, ob die Uhr vor- oder nachgeht, ob sie von irgend etwas zu viel oder zu wenig habe. Es wurde dann klar, daß sie in der Übertragung die Ratlosigkeit wiederholte, in die sie durch die Entdeckung ihrer vermeintlichen Benachteiligung geraten war. Die Folgen dieses Eindrucks hatten sich während des ganzen späteren Lebens erhalten. Auch eine Rechenhemmung, die sie in der Schule häufigen Beschämungen aussetzte, stand damit in Zusammenhang. Die am kleinen Bruder gewonnenen Erfahrungen ergänzte sie noch durch Beobachtungen am Vater (sie erinnert sich, ihn urinieren gesehen zu haben), und hatte sich die Theorie gebildet, die Mutter sauge am Penis des Vaters und trinke seinen Urin, um befruchtet zu werden. In einem frühen Kinderspiel wird dieser Vorgang noch genauer dargestellt: Die Kinder stellen sich mit den Rücken gegeneinander, stecken sich die Hemdzipfel zwischen den Beinen zu und singen im Takt: „Ich melke die Ziege, ich melke den Bock." Beide haben also einen Penis, an dem gesaugt wird.

Außer der regressiven Bedeutung des Saugens als Koitusersatz war in den Introjektionswünschen die feindselige Tendenz ausgedrückt, dem Manne den Penis zu rauben, um auf diese Weise selber ein Mann zu werden. Die Periode blieb am Anfang der Analyse zweimal hintereinander aus, und es ließ sich feststellen, daß sie auf diese Weise gleichzeitig eine Schwangerschaft und den Besitz des Penis darstellen wollte. Das Ende dieser Amenorrhoe kündigte sie in einem Traume an, in dem die Feuerwehr in ein Haus spritzt, dann eine Explosion erfolgt und sie selbst schließlich als Kind aus einem Tunnel kommt, an dessen Ausgang sie vom Vater in Empfang genommen wird. Die Deutung ergab folgendes: Der Vater spritzt so viel Urin in die Mutter hinein, daß der Bauch der Mutter platzt. Das herauskommende Kind ist ein Knabe, der draußen vom Vater kastriert wird; sie fürchtet, auch der Analytiker könnte mit ihr diese Operation vornehmen. Sie selbst beteiligt sich als Knabe an dieser

„Sprengung" (Doppelsinn: Besprengung durch die Feuerwehr und Zersprengung durch die Explosion), koitiert also mit dem Vater gleichzeitig die Mutter, und kennzeichnet nebenbei ihre Mitarbeit in der Analyse als männliche Leistung. Auf dem Wege einer Wortbrücke bezeichnet sie die Aussicht auf das „Platzen" des Leibes als „Platzangst"; es ist die Angst vor der weiblichen Rolle, die für sie die Kastration mit sich brächte. Der Vorgang einer Wiedergeburt in diesem Traume bezweckt offenbar, die Patientin als Mann wiedererscheinen zu lassen. Nach diesem Traum setzten die Menses wieder ein, und zwar dauerte die Blutung diesmal über mehrere Wochen an; die Träume zeigten, daß sie sich auf der Straße niederwerfen und allen Menschen ihre furchtbare Entstellung und Hilflosigkeit zeigen möchte. Eine anschließende Analyseperiode mit vielen Onanieträumen, in denen sie rachsüchtig phantasiert, sich kaputt zu machen und geisteskrank zu werden, schien darauf hinzuweisen, daß sie es fertig gebracht habe, die schreckliche Kastrationsvorstellung mit einem Lustgefühl zu verbinden und trotzig und masochistisch zu genießen. Der aktuelle Gewinn der verlängerten Blutung bestand außerdem in der Möglichkeit, die vom Analytiker geforderten Gehversuche hinauszuschieben.

Daß die Angst vor dem Gehen eine Art Kastrationsangst war, kam dadurch zum Vorschein, daß ich ihr nach dem Beispiel Ferenczis verbot, die Beine übereinanderzuschlagen, und sie auf die grotesken Bauchbewegungen aufmerksam machte, mit denen sie sich produzierte. Es kam danach ein Traum, in dem die Beine zusammengewachsen und wie verknotet waren, so daß Gehen unmöglich war. Gehen bedeutete demnach die Beine auseinanderreißen, d. h. den Penis zerreißen, spalten, sich deflorieren lassen. Unter der „Kastration" ist also genauer — so wie Frau Horney es gemeint hat — eine „Spaltung" (nicht ein Abschneiden), die das weibliche Genitale entstehen läßt, gemeint. Später erfuhren wir, daß auch die beiden Brüste ihrer unbewußten Meinung nach aus einer einzigen penisartigen Bildung durch Spaltung entstanden seien, und daß sie die Brüste deshalb ekelhaft fand. Nach der Spaltung ist der Leib offen, der Körper ohne Schutz preisgegeben; wer sie gehen läßt, macht sie fahrlässig zur Dirne. Dieser in Träumen gegen den Analytiker gerichtete Vorwurf war, wie die Analyse ergab, ursprünglich gegen die Mutter gerichtet gewesen.

Die Analyse dieser Phantasie vom „geöffneten Leib" ließ mit einem Schlage eine Fülle analen Materials zum Vorschein kommen.

Es gruppiert sich in einem großen Zusammenhang um eine bestimmte frühe Erinnerung: Es fiel ihr ein, daß sie mit dem Vater immer auf dem Klosett gewesen wäre und dort auf seinem Schoß gesessen hätte. Noch als erwachsene Frau war sie genötigt, die Klosettüre unverschlossen zu lassen, da sie sonst Angst bekam. Außerdem konnte sie nicht auf fremde Klosetts gehen, woraus ihr oft große Schwierigkeiten erwuchsen. Das war schon in der Schulzeit so, und sie hatte deshalb ein besonderes Dankgebet an Gott als Quittung dafür eingerichtet, wenn er ihr rechtzeitig vor der Schule Entleerung geschickt hatte. Die Beziehung zu Gott ersetzte dabei die zum Vater, der offenbar in früher Kindheit ihre Darmtätigkeit lustvoll angeregt hatte, indem er sie auf den Schoß nahm. Das Offenlassen der Tür ist unter anderem dadurch determiniert, daß sie durch den Kotgeruch aktiv verführen will und dabei fürchtet, von den eigenen Ausdünstungen betäubt zu werden.

Die Übertragungswiderstände aus dieser Periode der Analyse waren besonders stark. Die Patientin hatte die größte Angst vor diesen Erinnerungen, zeigte Ekel, Sprachschwierigkeiten und eine Prüderie, die sie bei der Schilderung peinlichster genitaler Erlebnisse deutlich vermissen ließ. Sie mußte den ganzen Körper, sogar den Mund parfümieren, und es stellte sich heraus, daß das Sprechen die Bedeutung des Flatus bekommen hatte. Es kam zu Erstickungsängsten, in denen sie laut nach Luft rang. In dieser Zeit war die Menstruation besonders qualvoll für sie, da der Wunsch, die eigenen Exkretionen zu verschlingen, von ihr verdrängt werden mußte. Am Ende der Analyse wurde die Periode übrigens völlig beschwerdefrei.

Die Beziehung zum Vater war wie die zu Gott eine geschäftliche und auf Profit gerichtete. Täglich verdiente sie durch spielen Geld bei ihm, er mußte außerdem eine große Sammlung von Chinesenfiguren für sie unterhalten, durch die sie Kinder nach seinem und ihrem eigenen Bilde — sie hatten nämlich die gelbe Haut gemeinsam — geschenkt bekam. In der Analyse agierte die Patientin das nachmittägliche Lexikonstudium über das Kinderkriegen, die Klosettgemeinschaft und die gemeinsame Ruhestunde mit dem Vater.

Für die schon geschilderte Angst, auf der Straße schutzlos der Kastration und Vergewaltigung preisgegeben zu sein, zeigte sich in der Analyse noch ein bestimmter analer Hintergrund: Sie träumte einmal, die Straße sei mit großen Massen von Kot bedeckt, in dem verfolgende Männer ausglitten und fielen. Die Deutung enthüllte die Absicht der Träumerin, mit Hilfe des Kotes zu verführen und zu töten, zugleich die Angst und den Wunsch, selbst dabei beschmutzt zu werden. Der Traum baute sich auf der Theorie auf, daß der Koitus der Eltern in einer gemeinsamen Defäkation bestehe. Später wurde deutlich, daß die vaginale Anästhesie unter anderem durch das Schuldgefühl, den Mann beim Koitus zu beschmutzen, und die Angst, ebenfalls beschmutzt zu werden, verursacht war. Die ambivalente Bedeutung der Exkrete als abstoßend und verführerisch, kam bei verschiedenen Gelegenheiten zum Vorschein, z. B. wenn ein *fluor albus* als Zeichen eines Widerstandes auftrat.

Der Wunsch, einer Verfolgung ausgesetzt zu sein, in der Form, wie er in dem letzterwähnten Traume ausgedrückt ist, zeigt den Zusammenhang zwischen den passiven Vergewaltigungswünschen und der Analerotik. Hier gehört auch die Erwähnung eines auffallenden Charakterzuges der Patientin her, nämlich ihrer Wehrlosigkeit gegenüber tätlichen Angriffen. Sie hat sich von ihrem hochstaplerischen Freunde oft prügeln lassen, ohne Widerspruch zu erheben. Einmal ließ sie sich von einem Kinde ohrfeigen. Plötzlichen groben Attacken jeder Art stand sie fassungslos gegenüber. Diese Wehrlosigkeit bildete in ihren Träumen ein ständig wiederkehrendes Erlebnis, und diese masochistische Bereitschaft leitete in der Analyse auch zu den Schlagephantasien hin.

Zunächst erfuhren wir darüber, daß sie durch Türspalten zugesehen habe, wie ihre Brüder geschlagen wurden, und sich dabei sehr erregt habe. Sie habe sogar die Brüder oft extra beim Vater angegeben, damit sie Strafe bekämen. Später gab die Patientin eine Phantasie preis, mit der sie schon lange onanierte: Sie werde von der Gouvernante mit Riemen aufs Gesäß geschlagen. Über die Entstehung dieser Phantasie weiß sie noch anzugeben, daß sie von ihrer Mutter eines Tages der Gouvernante übergeben worden sei. Als sie ihr arglos ins Badezimmer gefolgt war, wurde sie dort von ihr

plötzlich aufs Gesäß geschlagen und hatte dabei sehr starke Lustgefühle. Es ist klar, daß dieser Bericht nicht ohne sekundäre Bearbeitung vorliegt. Von der Veranlassung zur Strafe, vermutlich einer Beschmutzung, erwähnt sie nichts, obwohl das Badezimmer darauf schließen läßt. Die Betonung ihrer Arglosigkeit und Unschuld gibt ihr Gelegenheit, das Erschreckende dieses Überfalles zur Erhöhung des masochistischen Genußes hervorzuheben, weist aber auch auf die verdrängten Schuldgefühle hin.

Weiter ließ sich aus einem Traume feststellen, daß die Patientin auch phantasierte, daß ihre Schwester geschlagen werde und sich gleichzeitig mit ihr identifizierte. Wir wissen aber damit vorläufig noch nicht, wer der Schlagende war. Daß es von Anfang an die Mutter oder die Gouvernante gewesen sei, war unwahrscheinlich, wurde aber vollständig widerlegt, als die Patientin eine Kindheitsphantasie, nämlich ein selbsterfundenes Märchen mit folgendem Inhalt brachte: Die Königin hat einen Apparat, mit dem sie riecht, wenn jemand am Hofe geschlagen wird. Es ist klar: Jemand anderer schlägt die Kinder; es kann wohl nur der Vater sein. Die Phantasie lautet also: Die Mutter merkt, daß der Vater mich schlägt. Im Zusammenhang mit dem, was wir über die Klosettgemeinschaft mit dem Vater wissen, können wir für „schlägt" „anal befriedigt" einsetzen. Das Märchen erzählt, daß die Mutter das riechen kann; die anale Befriedigung geht also offenbar mit einer Beschmutzung einher. Die Mutter kann es riechen — ist weiter zu ergänzen: und verhindert es dann. Wir verstehen jetzt, daß das Offenlassen der Klosettüre vor allem der Mutter galt. Die Tochter hat also eine anal-magische Beziehung zum Vater und zur Mutter: Jener befördert, diese hindert die anale Lust. Trotzdem griff aber in der späteren Onaniephantasie die Patientin auf jenen Realvorgang zurück und ließ die Mutter in Gestalt der Gouvernante zur schlagenden Person werden. Warum die Mutter hier an Stelle des Vaters getreten ist, werden wir erst am Ende der Analyse verstehen. Vorwegnehmen wollen wir, daß dann die Kastrationsangst der Mutter gilt. In einem Traum wird der Patientin von der Mutter der Bauch aufgeschnitten und der Bauchinhalt in Empfang genommen. Sie opfert also freiwillig den Kot, den sie der Mutter immer trotzig vorenthalten hat Die Mutter hat wahrscheinlich ihre Renitenz in der Reinlichkeitserziehung am Geruch gemerkt und das Kind dann geschlagen. Dieser Sachverhalt wurde in dem Märchen umgekehrt, so daß es lautet: Die Königin riecht, wenn jemand am Hofe geschlagen wird. Durch die ganze Analyse ziehen sich Selbstvorwürfe der Patientin, weil sie ihr Vermögen mit einem ihrer Geliebten verschwendet hat, anstatt mit der Mutter vor ihrem Tode noch einmal ins Bad zu fahren. In vielen Träumen fuhr sie ins Bad mit ihr. Dies Schuldgefühl ist von analen Triebkräften gespeist. Das Bad, in das sie fahren soll, vertritt das Badezimmer. Wie früher die analen Sünden im Badezimmer, möchte sie sie jetzt noch im Badeort in nachträglichem Gehorsam büßen. In den ersten Jahren der Krankheit ließ sie sich auch vor allem von der Mutter ins Klosett begleiten, was offenbar eine Sicherung gegen die analen Versuchungen darstellen sollte. Sie will von der Mutter Verzeihung erlangen. Daß aber Geschlagenwerden nicht nur Strafbefriedigung, sondern auch masochistische Triebbefriedigung war und soviel bedeutete wie: geliebt werden, geht nicht nur aus dem obigen Kindermärchen, sondern auch aus dem Verhalten der Patientin zu ihrem Manne hervor, der

in Träumen sehr häufig mit der Mutter auf eine Stufe gestellt wurde. Die Provokationen zu Hause, auch in der Analyse, sollten diesen Wunsch, gestraft und geliebt zu werden, verwirklichen.

Eine große Ähnlichkeit mit dem passiven Schlageerlebnis hat die Szene ihrer Flucht vor dem Maschinengewehrfeuer im November 1918. Der Schreck, der Angriff von hinten, auch das Geschlagenwerden findet sich hier, da ihr Mann sie vor sich hergestoßen hat, als sie um ihr Leben liefen. Die Analyse deckte auch hier den Zusammenhang mit der Klosettszene auf: Das Schießen und Schreien bei der Flucht entsprach dem verführenden Flatus. Für sie war dieser aufregende Vorfall eine Wiederholung des analen Genusses mit dem Vater. Was früher nur im Klosett phantasiert werden konnte, war nunmehr auf die Straße verlegt. Die Straße wurde so zum Klosett, wie in dem oben geschilderten Traume, was eine wichtige Determinierung der Straßenangst abgab.

Manches spricht dafür, daß man in diesen Phantasien die Ausläufer eines Urszenenerlebnisses vermuten darf, bei dem der elterliche Koitus als eine Schlägerei angesehen wurde. Viele Träume führten deutlich in diese Richtung. In der Wohnung ihres bei Ende der Analyse bedeutungsvollen Freundes hat sie einmal einem Koitus beigewohnt, den einer ihrer früheren Geliebten mit einer ihrer Freundinnen vollzog, nachdem er sie durch Schläge gefügig gemacht hatte. Der Zusammenhang dieses Erlebnisses mit dem infantilen Material hat wahrscheinlich zur späteren intensiven Bindung an diesen Freund beigetragen.

Bevor wir weitergehen, muß noch einmal hervorgehoben werden, wie stark der infantile Liebeshunger die Patientin beherrschte. Die Angst vor Liebesverlusten, eine Folge ihrer Ambivalenz, verlangte eine ständige Abhängigkeit des Liebesobjektes von ihrer Person. Bei ihren Mann erreichte sie das nach den elementaren Erfahrungen seines Benehmens bei spontaner Angst, z. B. bei der Fluchtszene und bei Gewittern, indem sie ihn aktiv in Angst versetzte, meist unter masochistischem Einsatz ihrer eigenen Person mit Hilfe von Selbstmorddrohungen. Bei dem den Analytiker ersetzenden Freunde, von dem sie zunächst eine phantastische Behandlung mit der Knute erwartet hatte, fand sich unerwartet ein eigentümlicher Weg, solche Abhängigkeit von ihrer Person herzustellen. Es kam immer häufiger vor, daß ihr Freund aus neurotischen Gründen nichts mehr essen konnte, sobald sie nach einem Besuche von ihm weggegangen war, d. h. er konnte nur noch in ihrer Gegenwart essen. So wurde sie sehr schnell in die Stellung einer allmächtigen Mutter gerückt, deren krankes Kind verhungert, wenn sie es im Stich läßt. Sie konnte hier passiv bleiben und sich lieben lassen, auch ihr Sadismus war latent gut untergebracht, sie konnte die Krankenschwester spielen, wie bei ihrem sterbenden Bruder. Zuletzt kam es aber auch zu einer Identifizierung mit dem hungernden Freunde, in der sie auf frühe orale Phantasien zurückgriff, die ihr auch eine Identifizierung mit der Mutter ermöglichten. Als ich ihr einmal den Vorschlag machte, acht Tage lang ihren Freund nicht zu besuchen, bekam sie auf der Stelle einen Erstickungsanfall und das Gefühl, gewürgt zu werden, ein Beweis für die oralen Bemächtigungswünsche und die Identifizierung mit dem Freunde.

Eine wesentliche Vertiefung im Verständnis dieser Vorgänge, die sich nun anstatt als Übertragungserscheinungen in der Analyse draußen bei dem Freund abspielten und nur ihre Reflexe in die Analyse warfen, brachte die Reproduktion

einer Erinnerung: Sie hatte in ganz früher Zeit den Vater nachts im Bett gesehen, sei auf ihn zugelaufen und dabei über seinen starren Blick erschrocken. Sie schilderte die Augen des Vaters wie die einer Schlange; ähnlich seien auch die Augen des Freundes oder des sterbenden Bruders gewesen. Es ergab sich zuletzt, daß es sich um die Verdichtung zweier Eindrücke handeln mußte: Des Anblicks des väterlichen Penis und einer Störung des Vaters — vielleicht bei einer geschlechtlichen Handlung. Sie fügte hinzu, er müsse wohl sehr böse über sie gewesen sein. Das Hervorheben der starren Augen deutete ja auf Todesgedanken. Um welche Art von Tod es sich hierbei aber handelte, hat die Patientin durch Träume, aber auch durch folgende Symptomhandlung erkennen lassen. Sie warf eines Tages im Spiel ihrem Freunde einen Shawl um den Hals und tat, als wolle sie ihn damit erwürgen. Sie erzählt davon, verspricht sich aber und sagt statt Shawl Shlips. Dazu fällt ihr ein Witz ein, in dem die Redensart vom „Gutstehen" unzweideutig auf die Erektion anspielte. Dann das Wort „Lippe" und dazu denkt sie an Austernschalen. Der Sinn dieses Spieles ergab sich leicht: Es enthält aktive Kastrationsideen, Lippen und Austerschalen bedeuten eine aktive, kastrierende Vagina mit oraler Nebenbedeutung. Im Spiel wollte sie den Freund kastrieren, und es besteht die symbolische Gleichung kastrieren = töten = in Orgasmus versetzen. Vermutlich hat sie auch in der Nacht, als sie den Vater mit dem starren Blick sah, geglaubt, die Mutter habe ihn oral kastriert. Wesentlich an der Phantasie von der oralen Kastration ist offenbar die damit verbundene Einverleibung. Die Patientin brachte diese Phantasie auch in die Übertragung. Sie stellte sich vor, sie sei ein Chamäleon, das nach hinten blicken und plötzlich eine Fliege schnappen kann. Mit diesen Introjektionsakten kehrt die Patientin zu den frühesten oralen Phantasien der Kindheit zurück, in denen sie sich vorgestellt hatte, daß der Penis der Mutter den des Vaters verschlinge. Während aber im Anfang der Analyse eine Menge Angstträume über Schlangen vorkamen, die ihr viel Grausen erregten, träumte sie jetzt, daß sie eine Riesenschlange verschluckte. Zu dieser Zeit stellte sie auch fest, daß alle Männer einen zu kleinen Penis hätten. Sie meint also mit der „Riesenschlange" den in der Kindheit gesehenen Penis des Vaters.

Über den phantasierten Inhalt ihres Leibes, das Introjektionsobjekt, erhielten wir nun weiter sehr merkwürdige Aufschlüsse. Sie kam wieder einmal auf die seltsamen Augen zu sprechen und erwähnte dabei die nach dem Tode des Vaters immer wiederkehrende Redewendung der Mutter: „Wenn zwei Augen sich schließen". Sie hätte jeden Satz damit begonnen. Dann einen anderen Spruch, der ihr Eindruck gemacht hätte: „Kranke haben vier Augen", was wohl heißen sollte, sie sind empfindsamer als Gesunde. Die Patientin, jetzt selber krank, hat sich nun aber vorgestellt, sie hätte wirklich noch zwei Augen in ihrem Innern. Die Analyse ergab, daß sie die starren Augen des Vaters meinte, (die Augen des Bruders in der Agonie hatten den Kindheitseindruck aktiviert). Die „introjizierten Augen" hatten natürlich Penisbedeutung. Das Introjektionsobjekt stellte aber außerdem auch ein Kind dar, das in ihrem Leibe verhungern könnte. Mit diesem Phantasiekinde konnte sie dann im Unbewußten auch den Freund gleichsetzen, der nur in ihrer Anwesenheit essen konnte. Erstaunlich war es, als die Analyse erkennen ließ, womit sie im Unbewußten den Freund ernähren wollte, nämlich mit Fliegen. Die Fliegen

haben in der Chamäleonphantasie den Analytiker dargestellt. Es gehen also orale Mordphantasien gegen den Vater Hand in Hand mit oralen freundlichen Ideen (Stillphantasien) gegenüber dem Introjektionsobjekt in seiner Bedeutung als Kind. Dann traten Todesahnungen auf, sie glaubte in der Stunde zu sterben, stellte auch fest, daß es keinen Gott mehr gäbe, dessen Augen alles sehen. Das sollte also heißen: Die „zwei Augen schließen sich", der Vater stirbt.

Mit solchen Todesideen gegenüber dem introjizierten Vater ging eine eigentümliche Erscheinung parallel, nämlich eine maximale Verstärkung der masochistischen Bedürfnisse, mit denen sie offenbar die Mutter versöhnen wollte. Dieser Masochismus stellte eine Indentifizierung mit dem kastrierten Vater dar und gipfelte in der Phantasie vom gemeinsamen Sterben mit ihm, die das Abgewehrte wiederbrachte, da der gemeinsame Liebestod ja ein regressiver Ausdruck für den Koitus ist. Sie brachte auch einen Traum, in dem die Mutter mit einem Messer hinter ihr her war, um ihr den Bauch aufzuschneiden und ein Kind herauszuholen. Nach der Deutung des in dieser Darstellung enthaltenen Schuldgefühls gegenüber der Mutter machte die Patientin einen stundenlangen Spaziergang, in der festen Absicht, sich durch eine schlimme Durchnässung den Tod zu holen. Die Analyse ergab, daß dieser symbolische Suicidversuch mehrfach überdeterminiert war. Wesentlich schien dabei die Vorstellung, daß sie durch eine Beschmutzung sterben wollte, daß sie sich dabei selbst dem Kote (Kinde) gleichsetzte und letzten Endes ihre Bereitschaft anzeigen wollte, ihren Leibesinhalt der Mutter zu opfern. Die Versöhnung mit der Mutter wurde dann noch deutlicher. Sie hatte immer als Ideal aufgestellt, man müsse Kleider so sauber halten, daß man sie jederzeit wenden lassen könnte, auch Stickereien müßten eigentlich auf beiden Seiten gleich schön sein. Diese Erinnerungen, im Zusammenhang mit der Analyse des Spazierganges im Regen, ergaben die Phantasie einer großen Generalreinigung durch ein Klistier. Nach solcher Reinigung könnte der Darm nun nach außen gewendet werden; daraus resultierte ein Gewinn an Schönheit. Der Vater ist damit aufgegeben, ein Traum zeigt seinen Sarg und als sie ihn öffnet, liegt ein totes Kind darin.

Von dieser Zeit an war ihr Wesen auffallend verändert, passiv und ruhig. In ihren Träumen bemühte sie sich trotz des realen Umgangs mit dem Freunde ausschließlich um ihren Mann. Bei seinen Erregungszuständen blieb sie ruhig und wartete den Sturm ab. Sie wollte offenbar auch bei ihm die Stelle der Mutter einnehmen. Sie hat es auch fertig gebracht, ihre hauptsächlichste Begleiterin, die kleine Tochter, als sie kränkelte, in eine Pension fortzuschicken. Sie berichtete in dieser Zeit von genitalen Sensationen, die ihr bisher unbekannt waren. Da sie sich des Verkehrs mit ihrem Manne, angeblich auch mit dem Freunde enthielt, konnte es sich möglicherweise um neue Empfindungen bei vaginaler Onanie handeln.

Die Ereignisse nach Abschluß der Analyse gaben der Annahme Recht, daß der Freund von ihr innerlich bereits aufgegeben war, wie es aus der Analyse zu vermuten war. Sie verreiste bald nach der letzten Analysenstunde und ließ den Freund allein, obwohl er sie eine Nacht lang unter Tränen beschworen hatte, zu bleiben. Als sie zurückkam, fand sie ihn im Krankenhause schwer krank, aber vollständig von ihr losgelöst. Sie sah sich dadurch plötzlich mitten im besten Wohlbefinden in eine heftige Krisis ver-

setzt. Alle ihre gewohnten Stützen waren unerreichbar. Es kam zu heftigen Angstanfällen, wie sie sie angeblich noch nie erlebt hatte, die aber schnell wieder vorübergingen. Sie kann nun gehen, war sogar wieder weit fortgereist, aber sie ist sich jeden Moment des Gehens bewußt, es ist ihr noch nicht selbstverständlich. Ein Zweifel ist zurückgeblieben: Da die ehelichen Schwierigkeiten unverändert fortbestehen, ist nicht abzusehen, wie das Schicksal der Patientin sich gestalten wird.

Zusammenfassung

Versuchen wir, uns noch einmal einen Überblick über den ganzen Fall und die Gestaltung seines Libidoschicksals zu verschaffen.

Eine junge Frau erlebt in der Ehe Enttäuschungen, als deren schlimmste wohl das Ausbleiben der genitalen Befriedigung anzusehen ist. Sie ist seit frühester Kindheit vollständig an den Vater fixiert. Ein Versuch, sich in ihrem Vetter einen Ersatz zu schaffen, wird von der Mutter vereitelt. Sie folgt vor allem ihrem nie ruhenden unbewußten Schuldgefühl gegenüber der Mutter, als sie sich von ihr mit einem anderen Manne verheiraten läßt, zugleich aber auch dem eigenen analen Verlangen nach Reichtum und ihrer Rachsucht für die eben erlittene Defloration. Auf ihren Mann überträgt sie die ganze Ambivalenz gegen die Mutter. Sie schwankt beständig zwischen Rachsucht und Angst vor Liebesverlust, zwischen Trotz und Gehorsam, oft beide in sonderbarer Weise miteinander vermischend.

Das Erlebnis der Todesangst während einer Beschießung, eine unbewußt sehr lustvolle Verwirklichung ihrer passiven Schlagephantasie, kurz darauf die Verführungsversuche eines fremden Mannes, der die verdrängte Beziehung zum Vater wieder aufleben läßt, treiben sie zunächst von der Straße in den Schutz ihres Mannes zurück. Damit ist scheinbar die Gefahr beseitigt; allerdings vermag sie der eigentlichen Triebgefahr, der wieder aktivierten ubw. Fixierung an den Vater, auf diese Weise nicht zu entfliehen; bestenfalls erreicht sie durch die Bewegungseinschränkung die gewünschte Selbstbestrafung, die bei ihrer Lebensfreude schwer wiegt. Dabei gehorcht sie ihrem mütterlichen Über-Ich. Ihr Liebesbedürfnis wird zunächst, zwar nicht von ihrem Manne, aber von der noch lebenden Mutter, der Schwester und vielen Freundinnen befriedigt. Mit der Dauer ihres Angstzustandes wachsen ihre Liebesforderungen und dehnen sich auf eine Reihe von Männern aus, allerdings bleibt auch hier die genitale Befriedigung aus. Dafür gelangt sie schließlich zu einer Ersatzbefriedigung, die erst in der Analyse aufgeklärt wurde.

Die Patientin war vor der äußeren Versagung, zu der sich die innere von seiten des mütterlichen Über-Ichs gesellte, zu den prägenitalen Fixierungen ihrer Libido regrediert. Sie verband mit ihren manifesten Aggressionen, in denen sie die ubw. Beziehung zum Vater immer wieder zu realisieren versuchte, eine masochistische Selbsterniedrigung, die, analog dem Mechanismus ihrer Schlagephantasie, ihr Strafbedürfnis gegenüber der Mutter befriedigen sollte, soweit es nicht schon durch die Straßenangst befriedigt war. Das Sichwegwerfen des verschmähten Kindes sollte außerdem, in der Identifizierung, beide Eltern treffen, als Rache für eine vermeintliche Kastration, die man ihr angetan hatte.

Die tiefgreifende Identifizierung mit der Mutter erklärt vieles Merkwürdige

in ihrem Verhalten. Wenn sie auch mit ihren Geliebten das Vermögen der Mutter vergeudete, so identifizierte sie sich doch unverkennbar, ihrer infantilen Auffassung entsprechend, mit ihr, am deutlichsten schon im Zusammenleben mit dem betrügerischen Künstler. Sie spielte die „kartoffelschälende, wäschewaschende" gewöhnliche Hausfrau, die Dirne und Kupplerin. Allerdings zeigt sie auch, daß sie es besser machen will als die Mutter, indem sie ihrem Geliebten alle die Freiheiten gibt, die dem Vater der Tochter gegenüber verwehrt worden waren. Sie mischt in dieser Verwirklichung ihres Familienromans kindlichen Trotz und nachträglichen Gehorsam gegenüber ihrem Ichideal. Erst nach vollständiger Verarmung ist ihr Genüge getan.

Daß die Patientin trotz ihrer Krankheit die Freiheit zu diesem sie schädigenden Dirnenleben erhielt, ist wohl einerseits darauf zurückzuführen, daß ihr Gewissen von den durch die Krankheit bedingten Einschränkungen nicht ausreichend befriedigt war, und andererseits darauf, daß sie den Wunsch nach genitaler Befriedigung nicht aufgeben konnte, für deren Versagung sie, wohl mit Recht, die Mutter verantwortlich machte; auch der wohl der Mutter geltende Trotz ist dabei nicht zu übersehen. In der Analyse hat sie die Identifizierung mit der Mutter zweckmäßiger durchführen gelernt.

Vielleicht darf hier das Vorhandensein eines starken primären Masochismus angenommen werden, der möglicherweise schon die Auffassung der vermeintlichen Kastration erzeugen half. Diese Annahme ließe am leichtesten verstehen, warum das unersättliche Liebesbedürfnis sich realiter in fortgesetzten Selbstbestrafungen durchsetzte.

Als Folge des Eindrucks der Kastration hat das Kind wohl versucht, bei der Mutter innigeren Anschluß wiederzufinden, den es nicht ausreichend gewährt bekam. Der spätere Vorwurf, die Mutter hätte sie in kupplerischer Weise auf die Straße gejagt, muß wohl darauf zurückgehen. Dem Wunsche, zur Mutter zurückzukehren, diente auch die Identifizierung mit dem Vater. Am Schlusse der Analyse gelang diese unablässig angestrebte Wiedervereinigung und Versöhnung mit der Mutter, indem die Patientin der Mutter den Leibesinhalt, d. h. den oral einverleibten Penis des Vaters hergab und die Kastration akzeptierte.

In der Kindheit folgte nach der Abwendung von der Mutter die geschilderte anale Gemeinschaft mit dem Vater, die die analen Fixierungen der Patientin schuf, und in der sich die aus der Reinlichkeitserziehung stammenden Schuldgefühle gegenüber der Mutter mit denen aus der Rivalität mit ihr vereinigten.

Auch die Straßenangst stellt ursprünglich eine Flucht zur Mutter dar; es war manifest eine Flucht zum Ehemann, den die Patientin teilweise der Mutter gleichsetzte. Die weitere Flucht a u s dem Hause ist zugleich Inzestflucht vor dem Manne (als Vater), der Verkehr mit den fremden Männern brachte aber doch die Wiederkehr der abgewehrten Triebregungen. Eine auffallende Bewegungslust war in diesem Falle n i c h t festzustellen. Hingegen war die Vorstellung des „Offenseins" von besonderer Bedeutung, bei der die Patientin sich selbst mit der offenen Straße identifizierte. Dabei spielte vor allem die ursprüngliche anale Lust am „Offensein" eine große Rolle. In diesem Sinne war auch die Genitalisierung der Beine zu verstehen, die — geschlossen — einen Penis darstellten. Um nicht „offen" oder gespalten, also weiblich zu sein, durfte die Patientin die Beine nicht auseinandernehmen, sie mußte

stehen bleiben. Durch das Nichtgehen erhielt sie sich so ihre Männlichkeit. Insoferne sie der Mann ist, ist die Straße identisch mit dem Genitale der Mutter, in das sie eindringen möchte. So stellte das Hauptsymptom letzten Endes ihre Bisexualität dar; es hatte eine männliche und eine weibliche Bedeutung und die Patientin litt an der Unfähigkeit sich zwischen aktiver und passiver Rolle zu entscheiden. Dieser Konflikt konnte nur durch Akzeptierung der Weiblichkeit und Aufgeben der Identifizierung mit dem Manne beseitigt werden.

Vom Widerstand gegen die Traumdeutung in der Analyse

Von

J. Hárnik

Berlin

In der analytischen Behandlung verstehen es die Patienten verschiedentlich, Widerstände gegen die Deutung ihrer Träume zu mobilisieren und dadurch die Verwertung der Träume für die Kur, manchmal lange Strecken hindurch, unmöglich zu machen. Wir verzichten bekanntlich, Freuds[1] Rat folgend, in solcher Situation auf das direkte Zusammenarbeiten mit dem Träumer, indem wir die Traumdeutung vernachlässigen und auf anderen Wegen für den Fortschritt der Analyse sorgen. So verfuhr ich selbst in der Analyse des jungen Mannes, bei dem ich plötzlich erraten konnte, daß ihm die Träume und die Deutungsarbeit an den Träumen mit dem nutzlosen und langweiligen Beten der Kinderjahre gleichwertig wurden.[2] Weitere, eindringlichere Beobachtung zeigte mir, daß man wohl einen solchen Widerstand häufiger als Wiederholung früherer Einstellungen erkennen und deuten kann, die als Reaktionen auf die kindlichen Konflikte im Bereich der höheren geistigen Tätigkeit entstanden sind. Ich erlebte es z. B. in noch einer Analyse, daß die Träume und die dazugehörigen Einfälle mit den täglichen Gebeten gleichgesetzt wurden, konnte dann aber den so auftretenden Übertragungswiderstand auf ganz alte religiöse Konflikte zurückführen und so auch beherrschen. Dieses Mal kannte ich bereits das konsequentere technische Vorgehen gegen derartige Widerstandsformen aus der Behandlung eines hier ausführlich zu schildernden Falles, bei dem eine analoge Schwierigkeit sehr eindrucksvoll und anscheinend restlos aufgelöst wurde.

Eine Patientin, die seit jeher als phantasie- und poesiebegabt galt, setzte in ihrer Analyse die Traummaterialien mit der Phantasieproduktion der Kindheit (bzw. Jugendzeit) gleich und wiederholte in der Übertragung die narzißtischen Kränkungen, denen sie ob jener Veranlagung ausgesetzt war. Sie berichtete entweder so lange Träume, daß auch die Benützung einer vollen Stunde ihren Sinn nicht entnehmen ließ, oder ihre Einfälle flossen, bei kürzeren Träumen, so spärlich, daß eine

1) „Bemerkungen zur Theorie und Praxis der Traumdeutung." Ges. Schr. III, 306.

2) S. „Über die Forcierung blasphemischer Phantasien." Diese Zschr., Bd. XIII, 1927, S. 61.

Deutung aus diesem Grunde unterbleiben mußte. Bald war aus ihren Träumen nichts zu lernen. Ich nahm dieses Gebaren passiv-beobachtend auf — zeigte ihr sonst selbstverständlich immer wieder, daß man das Verborgene auch so finden kann. Nicht lange blieb der Vorwurf ihrerseits aus, daß ich keinen Sinn für ihr Träumen (und Phantasieren) habe und ihre Bemühungen verspotte. Dieser Übertragungseinstellung entsprach ein Erlebnis der früheren Kindheit. Sie stand phantasierend am Fenster, einer ihrer Brüder kam hinzu und fragte, was sie täte. „Ich spreche mit Gott", war ihre Antwort. Darob verhöhnte er sie zynisch. Noch andere Kränkungen der gleichen Art wurden in dem Zusammenhang ausführlich analysiert und besprochen, ohne daß sich an dem charakterisierten Verhalten etwas geändert hätte. Ja, sogar von dem sonst heißgeliebten Vater stellte es sich durch die Analyse der Übertragung heraus, daß er ihr in diesem so empfindlichen Punkte ähnliche Enttäuschungen bereitete — der Widerstand gegen die Traumdeutung war noch nicht gebrochen. Er mußte noch aus seinem letzten Schlupfwinkel aufgestöbert werden.

Die Patientin brachte wohl einmal zu Anfang der Stunde etwas Traummaterial, dann erzählte sie noch dies und jenes, um zuletzt ins Stocken zu geraten. Nach einer Pause bat sie mich, zu sagen, wie es nun weiter ginge. Ich erwiderte, etwas schroff: „Woher soll ich das wissen?" Neuerliche, lange Pause. Schließlich begann sie über einen Theaterabend zu berichten, an dem das neue Stück eines jungen Autors vom Publikum tumultuös abgelehnt wurde, und sprach mit lebhaftem Affekt von der Schändlichkeit, das reine Streben eines Dichters derartig zu verhöhnen. Sie wollte mir damit vorhalten, daß ich ihrer Traumproduktion (natürlich auch ihrem Phantasieleben und ihrem Dichtertum) gleichfalls Unverstand und Hohn entgegenbringe. Das Vorbild aber, das endlich zur Erinnerung gebracht werden konnte, war ein Geschehen aus ihrer Jungmädchenzeit. Sie schrieb damals zarte Liebesgedichte an einen jungen Mann. Einer dieser Verse, der in allegorischer Weise die Schwierigkeit eines geistigen Kontaktes mit dem Geliebten ausdrücken sollte und von einem „Garten", dessen „Gittertür" für ihn „verschlossen" sei, handelte, kam in die Hände desselben oben erwähnten Bruders. Dieser, nüchtern und boshaft zugleich, spottete unbarmherzig über ihre Sentimentalität, indem er — ganz instinktiv, nicht etwa aus analytischen Kenntnissen heraus — unmißverständliche Anspielungen auf den sexualsymbolischen Sinn ihrer Bildersprache machte. Sie mußte die furchtbare Kränkung erleiden, daß ihre reinen, dichterischen Gedanken und ihre Schöpfung auf solche Weise in den Schmutz gezogen wurden! So wurde es für die Analyse klar, daß diese Frau seit langer Zeit eine unüberwindliche Abneigung gegen die Sexualsymbolik in sich trug, die sie mit hartnäckigem Widerstand gegen jede Traumanalyse wappnen ließ: mußte sie doch hierbei auf Symboldeutungen immer gefaßt sein.

Erst nachdem diese Lösung gefunden wurde, konnte sich der Analytiker bei einer nächsten Gelegenheit sagen, daß es nunmehr gelungen sei, einen Traum mit Hilfe der Analysandin richtig zu verstehen. Vollends ist es aber zu einem Triumph der angewandten Deutungstechnik geworden, als der weitere Verlauf folgende zwei Ergebnisse zeitigte: Erstens tauchten bei der Analyse eines Traumes bis dahin vollständig vergessene, schwer affektbeladene Erinnerungen aus der späteren Kindheit auf. (Sonst sind so gut wie alle

Erinnerungen aus der Beschäftigung mit andersartigem Material gewonnen worden.) Fernerhin kam es, zufolge rascheren Eindringens in die Sphäre der frühen Infantilzeit, zur Reproduktion einer außerordentlich wichtigen Erinnerung, die uns mit einem Schlage einen sich öfter wiederholenden Traumtyp der Patientin begreifen ließ. Dies waren Wasserträume, in denen die Gefahr des Ertrinkens eine große Rolle spielte und zu denen bald überhaupt keine Assoziationen zu haben waren, denen man so fast verständnislos gegenüberstand, wenn man nicht zu der billigen — an und für sich vielleicht auch hier zu Recht anwendbaren — symbolischen Übersetzung Zuflucht nehmen wollte. Die betreffende Erinnerung lautete so, daß sie, wenige Jahre erst alt, von einer Frau, die ihr (mit guten Gründen) als Rivalin beim Vater galt, beim Baden mit Gewalt ins Wasser geschleppt wurde, wobei sie ungeheuerliche Angst ausstand. Dieses Erlebnis, das den Kern ihres eigenartig gestalteten Ödipuskomplexes bildet, ist die unbewußte Quelle gewesen, aus der die Elemente der rätselhaft gebliebenen Wasserträume geschöpft waren.

Zum Schlusse mag hervorgehoben werden, daß die ganz spezifische und individuelle Determinierung der eruierten Zusammenhänge in diesem Falle denselben zwar als ein extremes Beispiel charakterisiert, doch gerade dadurch besonders lehrreich erscheinen läßt. Mit Berücksichtigung der eingangs kurz gestreiften Fälle darf behauptet werden, daß Analysen, in denen, bei aller Verschiedenheit seines Inhaltes, ein ähnlicher Mechanismus des Widerstandes in Wirksamkeit tritt, nicht zu den Seltenheiten gehören werden.[1] In allen derartigen Fällen ist anzustreben, über die einfache Bekämpfung des Widerstandes hinweg zur tieferen Erledigung, zu seiner Auflösung mittels Deutung zu gelangen.

Zwei kleine Nachträge

Von

Otto Fenichel

Berlin

1) Zum „Merkbefehl"

Ich habe versucht[2], den ökonomischen Sinn der Deckerinnerungen, nämlich den Umstand, daß das tendenziöse Vergessen erleichtert wird durch das besonders intensive Merken von assoziativ verbundenem Material, an einem

---

1) Umgekehrt muß man auch annehmen — weitere Erfahrung lehrt mich das immer wieder — daß wohl die meisten Menschen bereits in der Kindheit dem Geschilderten Analoges mit ihren Träumen, Phantasien usw. erleben. Zu den aus dem Schuldgefühl stammenden Gründen, dieselben geheimzuhalten, zu verbergen, vor Fremden zu schützen, kommen auf diese Weise andere zur Verstärkung hinzu, die gewissermaßen von entgegengesetzter Natur (weil hauptsächlich vom Vorwurfscharakter) sind. Das gibt weitere, zu den bisher bekannten hinzutretende Motivierungen (man könnte sie individuelle oder ontogenetische nennen) für den allgemeinen, kulturellen Widerstand gegen den Traum ab.

2) Zur ökonomischen Funktion der Deckerinnerungen. Diese Zeitschr., XIII, S. 58.

Phänomen, dem „Merkbefehl", zu erörtern. Kinder im Verdrängungskampf haben eine Art „Deckerlebnishunger"; wenn sie etwas als Deckerinnerung Brauchbares erleben, spüren sie gelegentlich eine Art inneren Befehl: Das mußt du dir merken!, kommen dann diesem Befehl auch nach und können gerade dadurch anderes vergessen. Den beiden Beispielen, die ich dafür brachte, möchte ich heute ein drittes, besonders einleuchtendes hinzufügen.

Ein Patient erinnert, daß er als Kind eines Tages sein „Gedächtnis erproben" wollte, indem er sich vornahm, sich etwas „immer zu merken". Diese Idee kam ihm plötzlich auf einem Spaziergange, als er ein Reklameschild für eine Margarine las, die „Palmona" oder „Palmin" hieß. Dieses Schild, nahm er sich vor, wolle er nie vergessen.

Margarine ist Butterersatz. Dem Patienten fällt hiezu ein Lied ein, das er als Kind gesungen hat, obwohl er das Lied für unanständig hielt, und dieses Lied lautete: „Meine Mutter schmiert die Butter immer an der Wand lang." — In seinem Elternhause habe es immer nur Butter, nie Margarine gegeben — und er selbst sei als Kind immer darauf bedacht gewesen, daß es nur erstklassige Butter sei. Die Mutter habe darauf ebenfalls großes Gewicht gelegt, sie sei immer vornehm gewesen, hätte nie Margarine, aber auch nie ein so „unanständiges" Lied geduldet. — Diese anständige Mutter steht also im Gegensatz zu einer phantasierten „unanständigen Mutter", die Margarine und Anspielungen auf anale Spielereien dulden würde. So was wäre aber keine rechte Mutter; wie Margarine ein Butterersatz, so wäre sie ein Mutterersatz. Echte Mutter und echte Butter, schlechte Butter und Margarine erscheinen einander zugeordnet.

Wir müssen nun nachtragen, daß die wahre Mutter des Patienten in seiner frühesten Kindheit gestorben war; er hatte eine Stiefmutter, die er angeblich für seine echte Mutter gehalten hat, bis er erst als Erwachsener die Wahrheit erfuhr. Die Analyse wies nach, daß er im Unbewußten schon während der ganzen Kindheit die Wahrheit gekannt und unter schweren Aufwänden in der Verdrängung gehalten hat. Der Gegensatz Butter-Margarine deutete also auf den Mutter-Stiefmutter hin und die Betonung der vornehmen Natur der Stiefmutter diente der Verleugnung des unbewußten Wissens.

Nach dieser Deutung fiel dem Patienten ein, daß der Vorgang mit dem Schild sich zugetragen hat, als er sich gerade auf dem Wege in eine orthopädische Turnstunde befand, die ihm damals der Inbegriff des Grauens war, weil seine ganze Kastrationsangst sich auf die orthopädischen Apparate geworfen hatte. Er lehnte sich gegen die Mutter, die ihn in diese Hölle schickte, innerlich auf, hat also zu dem Palmonaschild ganz ähnlich aufgeblickt wie die Gänsemagd des Märchens zum Pferdekopf und etwa gedacht: O du Palmona, der du hangest, wenn das meine Mutter wüßte, das Herz im Leib tät ihr zerspringen. — Die Gedanken des kleinen Jungen lassen sich jetzt rekonstruieren: Ich habe nur eine böse Stiefmutter, die mich in die Orthopädie schickt; ach, lebte doch noch meine Mutter! — Dieser Gedanke war aber anstößig, er mußte durch den Gegengedanken entkräftet werden: Sie ist aber doch so gut und gibt uns nur beste Butter (= ist uns die beste Mutter) und etwa: So was darf ich nie wieder denken. — Der bewußte Gedanke aber lautete: Das muß ich mir immer merken.

2) Zur Angst vor dem Gefressenwerden

Ich berichtete unlängst von einer infantilen Sexualtheorie, die ich bei zwei männlichen Patienten gefunden hatte,[1] und die lautete: Damit ein Mädchen geboren werde, muß ein Junge vorher wieder in den Mutterleib kommen, in ihn „eingestampft" oder von der Mutter gefressen werden; er wird sodann im Inneren der Mutter seines Penis beraubt und dann als Mädchen wiedergeboren. Beidemal war die Theorie durch eine Mädchengeburt in der Umgebung des Kindes angeregt worden und war durch eine passiv-feminine Einstellung der Jungen erleichtert, so daß die gefürchtete Wiedergeburt als Mädchen zugleich Sehnsuchtsziel war. — In weniger ausgesprochenem und konsequent durchgeführtem Maße scheint die Theorie von der „intrauterinen Kastration" sehr verbreitet zu sein; das ganze Material, das Rank für seine „Geburtsangst" herangezogen hat, hängt wohl damit zusammen. Die Theorie spielt scheinbar bei allen den Patienten eine Rolle, die ihre Kastrationsangst nicht oder nicht nur beim Anblick eines weiblichen Genitales verifiziert haben, sondern anläßlich von Schwangerschafts- oder Geburtsbeobachtungen, besonders wenn es sich um Mädchengeburten handelte und die jeweilige psychische Einstellung eher eine Identifizierung mit dem Neugeborenen bzw. Fötus als mit der Mutter zuließ. Solche Kinder beantworten die Entdeckung, daß ein Kind im Bauch der Mutter sei, mit der ängstlichen Befürchtung: Wenn das möglich ist, könnte auch ich selbst wieder in den Leib der Mutter hineingeraten, von ihr gefressen werden. Die Schwangerschaft ist für die Angst, gefressen zu werden, dasselbe wie das weibliche Genitale für die Kastrationsangst. Man erkennt leicht, daß solche Befürchtungen der angstvoll-regressive Ausdruck der Inzestwünsche der Jungen sind. Die Figur der „furchtbaren Mutter", der Hexe, die den Hänsel frißt, u. dgl. treten dann in den Assoziationen auf, und die Angst, von der Mutter gefressen zu werden, wird in solcher Determination im allgemeinen in Psychoanalysen wohl noch häufiger gefunden als das „uralte Kindergut", die Angst, vom Vater gefressen zu werden (Freud).

Diese Angst vor dem Gefressenwerden ist nun aus begreiflichen Gründen in der Praxis mit der Idee, kastriert zu werden, unlöslich verbunden. Man vermag dann nicht ohne weiteres anzugeben, welcher Angstinhalt der ältere ist, und wie die beiden Angstinhalte sich genetisch und ökonomisch zueinander verhalten. Meist wird es so sein, daß die Kastrationsangst das tiefer verdrängte Motiv ist, die Angst vor dem Gefressenwerden die regressive Entstellung für diese. Das wird begreiflich, wenn wir daran denken, daß Freud die Mutterleibsphantasie die „Inzestphantasie der Gehemmten" genannt hat. Wie der Inzestphantasie die Kastrationsangst, entspricht der gehemmten Inzestphantasie Mutterleibssehnsucht — die gehemmte Kastrationsangst, die Angst vor dem Gefressenwerden.

Es ist kein Widerspruch dagegen, daß wir doch von Fällen ausgegangen sind, bei denen sich Kastrationsangst und Angst vor dem Gefressenwerden nebeneinander vorfinden, nämlich in Form der Phantasie von der „intrauterinen

1) Einige noch nicht beschriebene infantile Sexualtheorien. Diese Zeitschr., Bd. XIII, S. 166.

Kastration". Es ist das dasselbe Phänomen, wie wenn der Zwangsneurotiker trotz seiner Abwehr inzestuöser Phantasien durch Regression noch Kastrationsangst hat, z. B. Klosettungeheuer fürchtet.

Es ist überflüssig, die Angst vor der „intrauterinen Kastration" noch einmal mit analytischem Material zu belegen. Es sei nur erwähnt, welch reichliche folkloristische Belege dafür existieren. Nicht nur fressende „furchtbare Mütter" gehören hieher, sondern vor allem alle Mythen und Märchen, die von zu erduldenden Strafen und Kastrationsgefahren erzählen, die in Höhlen oder anderen Mutterleibssymbolen zu bestehen sind, also die Unterwelten und vor allem die Höllen. — Ein Märchen aber gibt es, das die Phantasie, die wir unseren Untersuchungen zugrunde legten, in fast unentstellter Form wiedergibt, das Märchen vom Zwerg Nase. Ich wurde auf diese Bedeutung des Märchens auch durch die Assoziationen eines der beiden in meiner letzten Arbeit erwähnten Patienten geführt.

Der Zwerg Nase muß eine alte Frau vom Markte nach Hause begleiten, kommt in ein Zauberschloß, wird durch ein Zauberessen in ein Meerschweinchen verwandelt, muß als solches eine Anzahl Jahre dienen und wird dann mit langer Nase entlassen. Denken wir daran, daß bei dem einen einschlägigen Patienten die Angst, in ein Tier verwandelt zu werden, die größte Rolle spielte und die Analyse deuten konnte: Tier = Embryo = Mädchen, daß ferner die übergroße Nase = übergroßer Penis die Überkompensation für den Gedanken der Penislosigkeit ist, so können wir deuten: Der Zwerg Nase wird in den Mutterleib gelockt, dort in ein Mädchen verwandelt und penislos wiedergeboren.

Beispiele zur aktiven Technik

Von

Vilma Kovács

Budapest

I

Patient A., ein impotenter Agoraphobe, fand seine sexuelle Befriedigung, indem er jungen Mädchen und Frauen, denen er den Hof machte, den ganzen Sexualakt detailliert schilderte. Er brachte die jungen Mädchen mit unglaublicher Kühnheit dazu, ihn anzuhören, was ihm den Koitus vollständig ersetzte. Er war sehr stolz auf sein hübsches Gesicht und seine große Redegewandtheit und spielte überall die Rolle des gefährlichen Don Juan.

Ich konnte nachweisen, daß dem fortwährenden Sprechen übers Sexualia, insbesondere über seinen Penis, starke verdrängte Exhibitionsphantasien zu Grunde lagen. Er fand in solchem Zur-Schau-Stellen des Penis durch das Reden eine so weitgehende Befriedigung, daß seine reale vollständige Impotenz ihm eigentlich gar nicht zu Bewußtsein zu kommen brauchte. Hier griff ich nun aktiv ein, indem ich ihm diese Art des Hofierens untersagte. (Die Übertragungssituation war nämlich so, daß ich bestimmt darauf rechnen konnte, daß er meinen Rat, den ich auch begründete, befolgen würde.)

Erst als ihm seine Befriedigungsmöglichkeit genommen war, begann er seine Impotenz zu fühlen und merkte, was für eine traurige Rolle er als Eroberer eigentlich spielte.

Die vom Penis auf Gesicht-, Mund- und Redefunktion verschobene genitale Libido war nunmehr durch den Verlust ihrer gewohnten Befriedigung aufgestaut und dadurch genötigt, auf frühere, einst lustvolle Positionen zu regredieren. Von der Analysestunde kommend urinierte er in einer entlegenen dunklen Straße und ließ dann beim Weitergehen den Penis unbedeckt; dabei phantasierte er, daß man ihn beobachtet. Wir konnten darin eine Wiederholung lustvoller verdrängter Kindheitserlebnisse erkennen. Als Kind hatte er, wie wir nun erfuhren, durch Demonstrieren seines Penis große Erfolge bei Mutter und Schwestern erzielt; man lachte und verwöhnte ihn, er wurde gelegentlich von ihnen zu seinen exhibitionistischen Spielen sogar aufgemuntert. Es erwies sich, daß es für seine Entwicklung von großer Wichtigkeit gewesen war, daß sein Penis eine Zeit lang größer als der seines um ein Jahr älteren Bruders gewesen war. Später mußte er eines Tages beim Baden bemerken, daß der Körper des Bruders bereits behaart war und es schien ihm, als ob auch sein Penis seinen eigenen im Wachstum überholt hätte. Kurz nach diesem Erlebnis kam er in eine andere Stadt zur Schule, wo seine Kameraden sich damit belustigen, sich in Reih und Glied aufzustellen und ihre Penisse zu zeigen. Er meinte zu bemerken, daß sein Penis der kleinste wäre, kleiner noch als der eines Kameraden, den man verspottete; er fürchtete ausgelacht zu werden; er versteckte sich und urinierte nie mehr in Anwesenheit der anderen Jungen. Er hat das Gefühl, als hätte er, seitdem sein Bruder ihn, den verwöhnten Günstling der Mutter, in der Entwicklung überholt hatte, — nach seinen Worten, — das Wachsen seines Penis eingestellt. Es ist, als hätte er nach dieser Kränkung seines Narzißmus die Libido vom Genitale zurückgezogen. Dagegen wuchsen seine Barthaare ungewöhnlich früh und so stark, daß er sich schon mit 14 Jahren rasieren mußte. Indem er diese Art der exhibitionistischen Ersatzbefriedigung wählte, verschob er seine ganze Genitallibido auf das Gesicht; infolge dieser Verschiebung war auch die Redefunktion in der geschilderten Weise sexualisiert worden. Nach strengem Einhalten meines Rates und analytischer Besprechung der dann sich einstellenden regressiven Phänomene erreichte er bald die normale sexuelle Befriedigung.

II

Bei einem Patienten enthüllte sich die frühinfantile Onanie und die damit verbundene Kastrationsangst auf eklatante Weise nach einer besonderen Betonung des Gebotes der Abstinenz. Ich war durch den langsam verflachenden Verlauf der Analyse genötigt, den Patienten in seiner sexuellen Betätigung zu stören, die zwar insofern normal genannt werden könnte, als der Orgasmus eintrat, ihn aber doch immer unbefriedigt ließ. Der Patient behauptete, niemals onaniert zu haben; nachdem sich der Patient in der Analyse der Abstinenzforderung unterworfen hatte, kam er unter dem Druck der gestauten Libido doch zur Masturbation. Zu seinem großen Schrecken bekam er aber plötzlich ein Ödem. Nun kam eine sehr wichtige Erinnerung an ein Erlebnis aus dem dritten Lebensjahre. Auch damals war sein Penis nach der Masturbation angeschwollen; der Arzt konstatierte eine Phimose und

das Kind wurde operiert. Diese wirklich erlebte „Kastration" und ihre Verknüpfung mit der Onanie wurden vollständig vergessen, wirkten aber aus der Verdrängung mit solcher Kraft, daß der Patient während der Pubertätsjahre und auch später seinen Penis nicht zu berühren wagte. Selbstverständlich stellte sich durch diese Bewußtmachung des real erlebten Traumas viel neues Material ein, das die weitere analytische Arbeit sehr förderte.

III

Ein Patient, der sich schon längere Zeit in Analyse befindet, erzählt, daß er Tags zuvor nach der Analysenstunde plötzlich den zwingenden Wunsch gehabt habe, in ein Wirtshaus zu gehen, was er schon sehr lange nicht getan hatte. Dort trank er ein Glas Bier nach dem anderen, wobei er sich fortwährend im gegenüber hängenden Spiegel betrachtete, und mit Vergnügen konstatierte, wie gut er aussehe, und was für ein hübscher Junge er sei. Er traf auch einen Freund, der ihn zu Mädchen mitnehmen wollte; er verwarf aber diesen Vorschlag; am Heimwege hatte er auch Lust zu onanieren, doch verwarf er auch diesen Gedanken. Dann urinierte er große Mengen mit starkem Lustgefühl, wobei er dachte, wie schön das sei, oben gehe das Getränk hinein, unten hinaus, das sei doch eine schöne Ausspülung des Körpers. Dann erzählte er, daß das Mädchen, das er liebte, für längere Zeit verreist sei, vielleicht gar nicht wiederkomme; daß er plötzlich sein Gefühl für sie verloren habe, er fühlt sich wie ausgeleert. Ich konnte ihm zeigen, wie er mit dem Trunk auch seine Gefühle ausgeleert hat; er machte diese narzißtische Regression, um nicht leiden zu müssen. Über diese Deutung war er zunächst sehr empört, doch überzeugten ihn seine weiteren Assoziationen. Er erzählte noch, daß er auf dem Wege zum Bierlokal seine Jugendfreunde, ein Mädchen und ihren Bruder, getroffen habe; die Bedeutung dieses Einfalles wurde aber erst in der nächsten Stunde klar. — Er kam zur nächsten Stunde sehr verschlafen, sprach wieder vom Trinken; er hatte mit Kollegen sich bis zum Morgen unterhalten. Auf der Straßenbahn hatte er, als er zur Stunde fuhr, Gehörshalluzinationen, als ob seine Nachbarin über ein Kind sprechen würde, das man in Analyse schicken müßte; er dachte an Anna Freud, da ihm sonderbarer Weise kein Budapester Analytiker einfiel. Plötzlich fällt ihm ein, daß ja auch seine Schwester in Analyse ist, und daß er aus ihren Bemerkungen schloß, daß ihr Analytiker anders arbeite als ich. Er meint, daß seine Schwester vom Analytiker mehr Theorie zu hören bekäme als er. Dann spricht er von einem Kurs, den er mitanhörte und will mich um jeden Preis in ein wissenschaftliches Gespräch locken, was ihm aber zu seinem größten Ärger nicht gelingt. Dann fällt ihm ein, daß ihn seine Mutter einmal, als er sechs Jahre alt war, um Brot schickte; er aß auf dem Wege ein Stückchen, die Mutter wog es zu Hause nach und merkte, daß etwas fehlte. Er meint, er hätte nie genug zu essen bekommen, nie etwas extra außer den gewöhnlichen Mahlzeiten. Jetzt fallen ihm die Freunde ein, denen er, wie er schon in der vorigen Stunde erzählt hatte, auf dem Wege ins Bierlokal begegnet war. Diese Jugendgespielen hatte er einst besonders beneidet, weil ihre Mutter sie direkt mästete; sie wollte kugelrunde Kinder haben und verwöhnte ihre Kinder im Gegensatz zu seiner sehr spartanisch denkenden Mutter sehr. Diese Kinder bekamen noch nach dem Abendbrot Kakao zu trinken. Patient

erzählt, daß er sich, als er zur Stunde ging, ganz dünn gefühlt hätte. Nun fällt ihm ein, daß er als Säugling fast verhungert wäre; die Mutter hatte zu wenig Milch, so daß er vom Hungern Durchfall bekam. Auf den Rat eines Arztes wurde er sofort entwöhnt — er war im Alter von fünf Monaten — und er gedieh dann bei reichlicher Nahrung vortrefflich. Das muß das erste schwere Erlebnis gewesen sein, meinte der Patient selbst. Diese Kindheitserinnerungen erklären uns, warum der Patient gerade auf orale Wünsche regrediert war, doch fehlt uns noch das Verständnis für das auslösende Moment, das die Regression veranlaßt hatte. Zwar wußten wir von der Abreise des geliebten Mädchens, die eine Regression auf praegenitale Organisationsstufen bewirken konnte, doch fanden wir noch ein bedeutungsvolles Erlebnis in der Übertragungssituation. Gegen Ende der Stunde begann der Patient noch einmal darüber zu sprechen, daß ich nichts extra mit ihm sprechen will, immer nur das, was zur Analyse gehört. Früher hätte ich gelegentlich noch nach der Stunde einige Worte mit ihm gesprochen (die Extrakost seiner Jugendfreunde). Nun hatte ich mich, weil er wirklich nach der Stunde schwer wegzuschicken war, gerade in diesen Tagen entschlossen, ganz hartnäckig auf dem sofortigen Weggehen zu bestehen und hatte dies auch konsequent durchgeführt. Diesen Eingriff, diese Versagung faßte er als Kastration, bzw. als traumatische Entwöhnung auf und es war ihm die Wiederholung der Traumen seiner Kindheit.

Wir können noch die Frage aufwerfen, warum der Patient im Falle einer narzißtischen Kränkung gerade auf die Organisationsstufen regrediert, in deren Bereich er wirklich ein Trauma erlebt hat; er hatte ja den Verlust der Brust und die Operation wirklich erleiden müssen! In den Einfällen des Patienten finden wir die Antwort: Wenn auch die Trennung von der wenig Milch gebenden Brust noch so leidvoll war, in der späteren reichlichen Ernährung fand er Trost; auch das reichliche und leichte Urinieren war Trost für die erlittene Operation. In den Erlebnissen der letzten Tage stellte er alle Trostmöglichkeiten dar, welche den Schmerz des von uns zugefügten Eingriffes und der Abreise der Freundin wieder wettmachen sollten: das reichliche Trinken, das Sich-Beschauen im Spiegel, die Freude, daß er gut aussehe, und das lustvolle Urinieren.

Wir wissen von Ferenczi, daß die Regression auf das Geburtstrauma eigentlich eine Flucht vor einem aktuellen Konflikt bedeutet. Wenn das Geborenwerden auch qualvoll ist, doch ist es ein Leiden, nach welchem wir doch die Lust des Sehens erhalten.

Meine kleine Beobachtung bekräftigt in vollem Maße diese Auffassung, sie erlaubt vielleicht sogar die Verallgemeinerung des obigen Ausspruches, daß bei der Regression zu einem erlittenen Trauma immer das trostreiche Moment eine Rolle spielt, daß es sich seinerzeit um eine Gefahr gehandelt hat, aus welcher die Rettung doch gelungen ist.

REFERATE

Aus den Grenzgebieten

Untersuchungen zur Handlungs- und Affektpsychologie. Hg. von Kurt Lewin. V. Karsten, A.: Psychische Sättigung. Psychologische Forschung, Bd. 10, Heft 2—4, Berlin, 1928.

Ein Problemgebiet soll experimentell erforscht werden, schon aus Alltagserlebnissen gut bekannt: das Umklappen aus einer teilnehmenden, interessierten Einstellung in eine gleichgültige, das „Genugbekommen" von Dingen, die früher erwünscht und begehrt waren. Wenn man dieses Problem der „psychischen Sättigung" experimentell erforschen will, so ist es nicht zu erwarten, daß die Naturtreue solcher Erlebnisse im Laboratorium erreicht werden könnte. Doch, wie Lewin richtig erkannt hat, gilt es, Vorgänge herzustellen, die denen des Lebens dynamisch äquivalent sind. Die Versuche sind so eingerichtet, daß die Versuchsperson einfache Handlungen solange wiederholen muß, bis sie, trotz guten Willens, nicht weiter kann und den Versuch abbricht. Im Laufe der Versuche treten typische Erscheinungen auf, die die Phasen und das Fortschreiten der Sättigung anzeigen, so die Tendenz zur Variation der Aufgabe, Fehlleistungen als Zeichen des Widerstandes, Affektausbrüche, schließlich das Sinnloswerden der Situation.

Was ist nun die Ursache der Sättigung? Die Wiederholung kann es nicht sein, denn es lassen sich Versuchssituationen herstellen, wo trotz forciertester Wiederholung die Sättigung nicht eintritt. Auch die rein muskuläre Ermüdung kann nicht zur Erklärung herangezogen werden; genügt doch, die Aufgabe in eine neue „Einbettung" zu stellen und schon schwinden Müdigkeit und Widerstände. Die Erklärung wird anderswo gesucht. Die Ausführung der Arbeit der Versuchsperson fließt aus gewissen „Quasibedürfnissen", bzw. echten Bedürfnissen. Es braucht nicht die oft recht gleichgültige Aufgabe selbst zu sein, die einen positiven „Aufforderungscharakter" hat, sondern die Versuchssituation schafft eine Spannung, die durch die Übernahme der Instruktion entsteht und dann nach Ausgleich tendiert. Wenn diese durch die Spannung, durch das Quasibedürfnis gesetzte Energiequelle erschöpft ist, dann bedarf es einer stetigen Anstrengung, um die Arbeit, der kein psychischer Motor zur Verfügung steht, fortzusetzen, und diese Anstrengung wird als unangenehm,

quälend erlebt. Die Energiequelle wird aber erschöpft, weil die Arbeit keinen Leistungseffekt herbeiführt, nicht weiter bringt, den Charakter des „Auf-der-Stelle-Tretens" hat. „Dynamisch gesprochen, handelt es sich nicht darum, wie sich ein einmal abgespaltenes Spannungssystem bis zur Entspannung auswirkt, sondern eher um die Frage, ob nach Entspannung eines solchen Systems die Versuchsperson in der Lage ist, fortlaufend neue Spannungssysteme für die gleichartige Handlung zu erzeugen." Mit Recht wird in dieser Arbeit betont: Sättigung ist keine Befriedigung. Das Sättigungserlebnis zeigt an die Abwendung von der Realität, die die Spannung nicht lösen kann. Wenn Triebe, Bedürfnisse erweckt werden, so tendieren sie notwendigerweise auf Befriedigung, Entspannung. Und wenn die ihnen nicht gewährt wird, so schaffen sie sich auf andere Weise Durchbruch, wie das die Affektausbrüche, die schon bei diesen harmlosen Laboratoriumsversuchen auftreten, eindringlich zeigen. So erklärt sich auch die Annahme der Verfasser, daß für die Sättigung die Kommunikation mit „ichnahen Schichten" Vorbedingung ist. Nur wenn Triebe tangiert werden, kann Sättigung auftreten, und die Experimente zeigen, daß, wenn eine Handlung, in die Peripherie abgedrängt, als Nebenhandlung ausgeführt wird, während die Versuchsperson sich mit ganz anderen Dingen beschäftigt, die Sättigung ausbleibt. Fehlt doch hier gerade die typische Korrelation: das Spannungssystem, dem keine Entladung gewährt wird, die die Sättigungserscheinung erst schafft. So verstehen wir auch das scheinbar paradoxe Ergebnis, daß nicht nur unangenehme, sondern auch angenehme Handlungen rascher gesättigt werden als gleichgültige. Die Affektbetontheit der Handlungen ist eben ein Zeichen, daß Triebe berührt werden; fehlt sie, so kann man annehmen, daß kein Spannungssystem dahinter steht, und deshalb bleibt auch die Sättigung aus.

Auch in dieser Arbeit, wie in den anderen, die aus Kurt Lewins Gedankenkreis stammen, finden wir beachtenswerte Bemerkungen über die strukturellen Tatsachen des Psychischen. Auch die Erforschung der Sättigungsphänomene zeigt die Strukturiertheit der Person: die Sättigung bleibt nicht auf eine bestimmte Handlung oder Tätigkeit beschränkt. Auch andere Bereiche und Schichten werden von ihr betroffen. Die Abgeschlossenheit oder Kommunikation der Systeme entscheidet darüber, ob die Sättigung auch auf andere Bereiche überschlägt oder auf ein engeres Gebiet beschränkt bleibt.

Diese Arbeit zeigt, daß es Lewin und seinen Mitarbeitern gelingt, wesentliche Probleme der Triebpsychologie herauszuarbeiten. Gerő (Wien)

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur

Allers, Rudolf: Glück und Ende der Psychoanalyse. Schweizerische Rundschau, XXVIII. Jahrgang, S. 13—23, 128—140.

Nach Allers war die Psychoanalyse eine Reaktion gegen Atomismus und Naturalismus der Schulpsychologie; diesem Umstand verdanke sie ihr „Glück". Ihr historisches Verdienst liege darin, erstmalig in der Wissenschaft

die Frage nach Einheit von Person und Schicksal gestellt zu haben. Doch habe Freud die große Forderung der Stunde nicht voll erkannt; die Psychoanalyse sei dem Atomismus und Naturalismus, gegen den sie auftrat, selbst verfallen geblieben, und darin sei ihr künftiges „Ende" begründet. Implizit lägen der Psychoanalyse fünf Axiome zugrunde: 1) Das seelische Geschehen verlaufe nach dem Schema des Reflexes. 2) Das seelische Geschehen sei unter der Kategorie energetischer Umsetzungen zu betrachten, was nach Allers die Auflösung des Seelischen in diskrete Elemente voraussetze. 3) Alles seelische Geschehen sei streng kausal determiniert. 4) Das Urmaterial des Seelischen sei der Trieb. 5) Die kausal irgend ein Vorkommnis determinierenden früheren Vorkommnisse seien auf dem Wege zwangsloser Assoziation rekonstruierbar.

In dieser impliziten Axiomatik liege nun das geheime Erbe der Psychoanalyse aus den naturalistischen und materialistischen Jahrzehnten. Die ausschließliche Beziehung auf das Triebleben bedinge ferner ihren extremen Subjektivismus und mache sie blind für die Welt gegenständlicher geistiger Zusammenhänge, die vom subjektiv Psychischen nicht geschaffen werden, sondern sich in ihm realisieren. Die Psychoanalyse stehe der Welt der Werte fremd gegenüber. Von den Verflechtungen des Seelischen kenne sie nur die zum Soma, zum Naturhaft-Biologischen und nicht auch die ins transsubjektivisch Geistige und noch weniger seine Verbindung mit der Übernatur. Darum sei ihr ihr ursprüngliches großes Ziel, die Erfassung des ganzen Menschen, unerreichbar, „Da sie den Wert nicht kennt und den Geist verneint, erweist sich die Psychoanalyse als unfähig, den großen Problemen des menschlichen Lebens gerecht zu werden. Und darum geht sie ihrem Ende entgegen . . . Heute schon verspürt man, wie aller Naturalismus an den brennenden Fragen dieser Tage theoretischen Denkens und praktischen Lebens zuschanden wird. Heute schon erahnt man, daß sich das Angesicht unseres Denkens und Lebens zu wandeln beginnt, daß der Gesichtspunkt des Geistigen, lange genug vergessen, sich mehr und mehr als der grundlegende erweist. Und über allem solchen Geiste und hinter ihm und darunter, als letzter Gipfel, als verborgenster Sinn und tiefster Grund, lebt jener Geist, von dem geschrieben steht: „*Emitte Spiritum Tuum et creabuntur: Et renovabis faciem terrae.*"

Wälder (Wien)

Hoche, A.: Das träumende Ich. Gustav Fischer, Jena, 1927.

Es gehört unter die Vorzüge des Menschen, daß er träumt und es weiß. Man hat schwerlich noch den rechten Gebrauch davon gemacht. Dieser Ausspruch von Lichtenberg ist dem Buche als Motto vorgesetzt. Die Psychoanalyse ist mit Freud der Auffassung, diesen rechten Gebrauch erkannt zu haben. Hoche aber weiß es besser und läßt keine Gelegenheit vorbeigehen, ohne dies Besserwissen zu betonen.

Man muß die Träume unmittelbar nach dem Erwachen aufschreiben. Was die Patienten dem psa. Behandler nachmittags in die Sprechstunde mitbringen, ist wissenschaftlich wertlos (S. 10). Er lehnt die psa. Glaubenssätze ab. Dann aber erfahren wir staunend, daß die lästigen Empfindungen im Traume symbolisiert werden (S. 24), daß der Traum Dinge aus dem Ungewußten bringt, die uns im Wachen nicht mehr zugänglich waren (S. 29), daß Träume

kennzeichnend sind für die Besonderheiten der persönlichen Geistesstruktur (S. 55), daß man im Traum vergessene Namen wieder erinnern kann (S. 62), daß der Traum ein Dichter ist (S. 71), daß sich aus den Träumen Erkenntnisse über Menschenart gewinnen lassen (S. 92), daß es darin zu Verschiebungen und Verdichtungen kommt (S. 161). Es wird zugegeben, daß die Wurzeln von Kunst und Religion im Unterbewußten liegen (S. 89), daß es eine Verdrängung gibt (S. 90). Wenn der Autor hiebei behauptet, daß die PsA. hier für eine alte Sache ein neues Wort geprägt habe, so irrt er, denn schon der alte Arzt und Philosoph Johann Georg Zimmermann, dessen 200jährigen Geburtstag wir nächstens feiern können, kannte sowohl die Sache als den Namen dafür.

Die ganze Einstellung des Autors zur PsA. ist für eine große Gruppe von Gegnern derselben typisch: Mit wegwerfender Geste und überlegener Miene wird sie offiziell abgelehnt, aber die Mehrzahl ihrer Teilerkenntnisse wird unbefangen womöglich als eigene Entdeckungen oder dann als alte Weisheiten vor dem Leser ausgebreitet. Wenn Hoche z. B. für die Struktur des Ich, die gleichen Ausdrücke verwendet und ähnliche Auffassungen vertritt, wie sie von der neueren psa. Ichpsychologie aufgestellt worden sind, so glaubt er sich damit hinlänglich entschuldigt zu haben, daß er sagt: Ich beschreibe in bildlicher Redeweise, ich gebe keine Theorie (S. 54). Aber was ist denn eine Theorie anderes, als eine Anschauung oder Verbildlichung?

Daß sich der Autor nur mit der Form und nicht oder kaum mit dem Inhalt der Träume befaßt, ist wohl als eine Art des Widerstandes gegen psa. Erkenntnisse zu werten. Dieser Widerstand verführt ihn auch zu Widersprüchen. So behauptet er einmal (S. 87), zwischen Bewußtem und Unbewußtem bestehe eine scharfe Trennungslinie, dann wieder (S. 89), die Trennungslinie auf diesem Gebiete liege nicht ein für allemal fest.

Wir versagen es uns, die „deutende Sektenkunst" der Psychoanalyse an den Prüfungsangstträumen des Autors zu üben, der eben auch ein Büchlein über die Wechseljahre des Mannes geschrieben hat, mit der Verkündigung, daß es solche gar nicht gebe, an seinen W.-C. träumen, an den Träumen, wo er Patientinnen in einen Ziehbrunnen werfen läßt, lebende Leichname seziert, alte Weiber schießt (S. 73, 74), wo er zwei Töchter im Bett beobachtet (S. 88).

Summa summarum: Sehr viele Zugeständnisse an die PsA., gemischt mit dem Ärger darüber, daß ein anderer mit seinen Traumforschungen zuvorgekommen und berühmt geworden. Kielholz (Königsfelden)

Der Nervenarzt. Monatsschrift für das Gesamtgebiet der nervenärztlichen Tätigkeit von K. Beringer, K. Hansen, W. Mayer-Groß, E. Straus. I. Jg. 1. Heft, Springer, Berlin.

Das erste Heft dieser neuen Zeitschrift bringt eine Arbeit von Homburger über: „Die Gefahren der Überspannung des psychotherapeutischen Gedankens", der wohl programmatische Bedeutung zukommt. Homburger wendet sich gegen die einseitige psychotherapeutische Betrachtung der kranken Menschen, gegen die Loslösung psychotherapeutischer Betrachtungen von dem Gesamtgebiet ärztlichen Denkens. Er kritisiert scharf eine gewisse

soziologische Attitude, die man heutzutage bei psychotherapeutisch orientierten Ärzten und Nichtärzten finden soll, das Sich-nicht-Begnügen mit den Aufgaben und Kompetenzen ärztlichen Tuns und Helfens, den Anspruch auf Führertum, auf Erweiterung der sozialen Grenzen in Dingen der seelischen Beeinflussung. Da er betont, daß diese Einwände nicht gegen den Ausbau der Psychotherapie, nicht gegen ihre Pflege und Vertiefung, nicht gegen den Unterricht oder gegen die Verbreitung psychotherapeutischen Denkens unter Studierenden und Ärzten gerichtet sind, könnte man sich mit ihm einverstanden erklären. Merkwürdig nur, daß in der gleichen Zeitschrift ein Aufsatz von Maeder zu finden ist über „Heilkraft und Zähmung", worin wörtlich zu lesen ist: „Der Arzt übt eine soziale Funktion, ein eigentliches Amt aus; er gehört zu der Kategorie der ‚Führer'."

In dem gleichen Heft finden wir eine Arbeit von Hansen über „Symptombildung in der Neurose". Hansen findet, daß in der psychotherapeutischen Literatur dem psychologischen Ablauf psychogen bedingter pathologischer Organfunktionen wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Er denkt nicht in erster Reihe an die Konversionssymptome der Hysterie, eher an die Organneurosen. Zu ihrer Erklärung zieht er Pawlows Lehre von den bedingten Reflexen heran. Hansen hat Experimente in der Hypnose ausgeführt, die zeigen sollen, „... wie einfach eine Gesamtlebenssituation je nach ihrer emotionalen Intensität und ihrer gleichzeitig gegebenen Organverknüpfung zu einer Bindung führen kann, kraft deren künftighin eine Teilgegebenheit des Erlebnisinhaltes die Dignität eines Signalmerkmals für einen jeweils durch die Ausgangssituation bestimmten Organablauf bekommt". Verfasser meint, daß die Organbindung eines neurotischen Symptoms nicht nach der primären Ausdrucksbedeutung des Symptoms zu erklären ist, sondern nur durch die situationsbestimmende Verknüpfung der Organfunktion an einen ungewöhnlichen oder krankhaften Ablauf provozierendes oder zufällig mit ihm zusammenhaftendes Erlebnis. Das erste Auftreten des neurotischen Symptoms muß festgestellt werden und die Details der damaligen Innen- und Umweltsituation. Summarisch könnte man die psychoanalytische Kritik dieser Theorie so formulieren: Wohl ist das erste, das „Urerlebnis", auch für die Entstehung des organneurotischen Symptoms verantwortlich, aber das liegt weit zurück, in den ersten Zeiten der Kindheit. Freilich ist das nur ein Hinweis. Es ist schwer, eine Diskussionsbasis zu finden, mit einer Anschauung, die die sinnvolle Determination der Symptome leugnet und alles aus der bloßen zufälligen Koppelung eines beliebigen Affektes und der mit diesem gerade zusammenfallenden Organfunktion erklären will.

Kuhn gibt in seinen „Bemerkungen zur Frage der Organminderwertigkeit" eine etwas oberflächliche, die wesentlichen Probleme gar nicht berührende Kritik der individualpsychologischen Lehre. Kronfeld (Einige Bemerkungen über Schizophrenia mitis, vornehmlich in psychotherapeutischer Hinsicht) meint, daß die abgrenzbare Krankheitsform „latente Schizophrenie", die sich durch ihren milden Verlauf (daher Schizophrenia mitis) auszeichnet, wenigstens in einzelnen Fällen psychotherapeutisch angreifbar ist. Leider bringt der Verfasser keine ausführlichen Krankengeschichten. Die zwei kurzen Beispiele, die er angibt, sagen zu wenig. Das Gemeinsame an seinen Fällen meint Kronfeld an der Sehnsucht nach dem Arzte bemerken zu können. Die Zuwendung

zu der Außenwelt ist in dieser Sehnsucht konzentriert. Kronfeld stellt fest, in Übereinstimmung mit Nunberg, daß der Arzt in diesen Fällen in diejenige Funktion eintreten muß, die der Vater unausgefüllt ließ. „Er muß auf diese Weise die Über-Ich-Bildungen des Kranken auf Grund von dessen Identifizierungstendenzen so ausgestalten, daß der Kranke an ihrer Hand in der Wirklichkeit zu leben vermag." Damit sind schon die Richtlinien der Therapie angegeben: die Konflikte sind psychoanalytisch aufzulösen und der Weg zu einer Umstrukturierung des Über-Ichs anzubahnen. Gerö (Wien)

Heyer, G. R.: Zur Prognosenstellung in der Psychotherapie. Der Nervenarzt, 1. Jg. H. 3, Berlin, 1928.

Heyer erörtert die Schwierigkeiten der Prognosenstellung in der Psychotherapie. Die Psychotherapie kann Prognose und Indikation weniger sicher stellen als etwa die innere Medizin. Schon bei der Suggestivbehandlung ist kaum vorauszusagen, wie lange der Erfolg anhalten wird. Verfasser teilt einen Fall mit, der dafür sprechen soll, daß auch die Wirkung der Hypnosenbehandlung von anhaltender Dauer sein kann. Eine Patientin, die nach Amputation an Schmerzen und Schlaflosigkeit litt, wird nach persönlicher Behandlung durch Fernhypnose beeinflußt. Sie bekommt Schlafzettel, die noch nach zweieinhalb Jahren eine prompte Wirkung haben, der Schlaf stellt sich ein, die Schmerzen lassen nach. Allerdings wirken die Schlafzettel nur dann einschläfernd, wenn sie sich das Behandlungszimmer des Arztes, seine Stimme usw. genau vorstellt. Nach der halluzinatorischen Vergegenwärtigung dieser Details treten sexual-genitale Sensationen auf und erst nach dem Orgasmus erfolgt der Schlaf. Dies ist für den Verfasser „. . . ein schöner Beitrag für die Möglichkeit, daß das amorphe Versinkenserlebnis in der Hypnose ‚gelegentlich' sexualisiert wird", und erklärt gleichzeitig den Dauererfolg der Hypnose beim mitgeteilten Fall. Nun, wir brauchen gewiß nicht diesen Beweis, um voraussagen zu können, daß die Hypnose nur genau so lang nachwirkt, als die Bindung an den Hypnotiseur erhalten bleibt.

Bei analytischer Behandlung, behauptet Heyer, ist es noch schwieriger, eine Prognose zu wagen. Verschiedene unberechenbare Faktoren können den Gang der Behandlung stören. So etwa die Milieuwirkung. Es läßt sich auch schwer entscheiden, wie weit die Tiefenlage der Störung reicht. Doch die größte Schwierigkeit ergibt sich für Heyer aus der Erkenntnis, „daß das Freudsche Unterbewußtsein noch gar nicht einmal die innerste Tiefe der Menschen ausmacht, sondern daß . . . unter jenem individuellen Unterbewußtsein der Psychoanalyse noch ein kollektives, überpersönliches, ein allgemeines Seelen-Wir wirksam ist". Es soll Psychoneurosen geben, die nur bei Analyse dieses tiefsten Unterbewußtseins angreifbar sind. Daher als unerwartete Komplikation die nie vorauszusehende Notwendigkeit einer „Tiefenanalyse". Nach Heyer gibt es heute zwei Richtungen psychotherapeutischer Arbeit: die eine strebt nach Ordnen, Systematisieren, Exaktheit, die andere erschauert „angesichts der neuen, schier unübersehbaren Tiefen jener Aspekte, die sich uns heute auftun". Man merkt, daß Verfasser sich fürs letztere entscheidet. Befreit doch die Hingabe an die wohltuenden Nebel jener „neuen Aspekte" von dem profanen, aber schwierigen Geschäfte des strengen, sauberen Nachdenkens. Gerő (Wien)

Gebsattel, V. E.: Zeitbezogenes Zwangsdenken in der Melancholie. Der Nervenarzt, I. Jg. H. 5, Berlin, 1928.

Bruchstücke aus der Krankengeschichte einer Melancholikerin werden mitgeteilt, in deren Mittelpunkt melancholische Phantasien über das Vergehen der Zeit und zwanghaftes Registrieren des Zeitablaufes stehen. Nach dem Verfasser ist eine bestimmte Wandlung des Zeiterlebnisses typisch für die Melancholie und geradezu der Schlüssel zu ihrem Verständnis. Ausgehend aus einer treffenden Beobachtung Schelers, daß die Zeit normalerweise als Werdendes erlebt wird, als offener Horizont der Zukunft, die vor uns steht, zeigt Verfasser bei der Melancholie die Umkehrung der Zeitrichtung von der Zukunft in die Vergangenheit. Die Erklärung dieses veränderten Zeiterlebnisses sucht Gebsattel darin, daß der Werdedrang des Melancholikers durch die endogene Hemmung gefesselt ist, seine Triebe, Energien sind gehemmt, das aktive, zielsetzende, nach vorwärts gerichtete Verhalten gestört. Die Zeit wird ihm nicht gegliedert in Phasen, bestimmt durch Vornahme — Durchführung — zum Ziele kommen der Handlungsverlaufe, sondern nur das Unerfüllte, Unausgenützte, das leere Verfließen wird erlebt. Doch der Werdedrang ist nur gehemmt, nicht ausgelöscht, daher die Spannung, der Konflikt, der sich in dem Sachverhalt der Melancholie ausdrückt. Das Zwanghafte in dem Symptomkomplex der Melancholie, im mitgeteilten Falle der Registrierung der verfließenden Zeit, wird aus dieser Spannung begreiflich. Sie führt zur stetigen Zuwendung zum Versäumten, bedeutet einen Versuch nachzuholen, was die Hemmung zu vollziehen nicht erlaubt, stellt also einen Heilungsversuch dar.

Gewiß, das ist eine richtige Wiedergabe des ersten Eindruckes, den man bei manchen Melancholiefällen hat. Aber bei dem Versuch, zu einer wirklichen Erklärung vorzudringen, scheitert der Verfasser. Der psychoanalytischen Auffassung hält Gebsattel entgegen: Die Psychoanalyse könnte wohl die Inhalte der Melancholie erklären, doch die historisch-genetischen Kategorien wären nicht geeignet, etwas über die Formen der Verarbeitung der Melancholiesymptome als Zwangs- oder als Wahngebilde zu äußern. Das ist eine zu große Bescheidenheit für die Psychoanalyse, der wir nicht beipflichten können. Die Psychoanalyse verfügt auch über andere Gesichtspunkte als die historisch-genetischen, etwa über strukturell-dynamische, energetische u. dgl. m. Die Lösung des Problems der Form der Symptomenverarbeitung liegt durchaus in ihrem Bereiche.

Gebsattel meint, diese Lösung könnte nur die „konstruktiv-genetische Methode" geben. Das will sagen „eine Methode, welche die ontologische Zusammengehörigkeit der biologischen und der geistig-seelischen Symptome für ein Krankheitsgebiet demonstriert". Die praktische Durchführung dieser Methode — nach der vorliegenden Arbeit zu schließen — zeigt etwas anderes. Nach feinen phänomenologischen Ansätzen, die aber ganz an der Oberfläche haften bleiben, kommt als einzige Erklärung der Rekurs auf die rätselhafte „endogene Hemmung", ein Vorgehen, das auch sonst für viele phänomenologisch orientierte Psychiater typisch ist. Nun ist aber „endogene Hemmung" ein leeres Wort, das weder etwas erklärt noch etwas irgendwie Faßbares sagt. Die psychoanalytische „Konstruktion" sieht allerdings anders aus. Sie versucht aus psychophysisch indifferenten Gesichtspunkten auszugehen,

wie sie in der Triebdynamik vorliegen, und aus ihnen das Gesamtverhalten des Kranken einheitlich zu verstehen und zu erklären.

Das Beste an der Arbeit sind die Beiträge zur Phänomenologie des Zeiterlebnisses. Gerő (Wien)

Aus der psychoanalytischen Literatur

Freud, Sigm.: Hemmung, Symptom und Angst. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien 1926. 136 S.

Die außerordentliche Inhaltsfülle dieses Buches, das nicht nur eine Reihe der bedeutendsten Probleme der Psychoanalyse ausführlich bespricht, sondern zugleich auf beinahe alle Fragen im Kreise der psychoanalytischen Forschungen, wenn auch nur im Vorbeigehen, ein neues Licht wirft, wird zu einer besonderen Schwierigkeit für ein Referat. Dem Berichterstatter bleibt angesichts dieses Reichtums kaum eine andere Möglichkeit als die einer Auswahl, die dann naturgemäß eines Einschlags subjektiver Interessen nicht völlig entraten kann. Vielleicht wird diese Gefahr am ehesten, wenn nicht gemieden, so doch beschränkt, wenn sich die Darstellung nach den führenden Problemlinien des Werkes orientiert.

Freud beginnt mit der Frage nach dem Unterschied von Hemmung und Symptom. Beide Begriffe haben offenbar ein gemeinsames Gebiet; es gibt Hemmungen, die Symptome sind, und Symptome, die wesentlich aus Hemmungen bestehen; sie decken sich also im allgemeinen Falle nicht. Was sind nun Hemmungen? Freud bespricht die verschiedenen Möglichkeiten der Hemmungen und kommt nach einer Übersicht über die Ergebnisse der analytischen Empirie zur Unterscheidung von drei Mechanismen. In einer Gruppe von Fällen erscheint eine Tätigkeit gehemmt, um des Sinnes willen, den sie annimmt; wenn eine Tätigkeit sexualisiert wird, d. i. für den Handelnden einen sexuellen Sinn gewinnt, bzw. wenn dieser Sinn, der ja auch sonst vorhanden sein mag, übermäßig vordringlich wird, unterliegt die Tätigkeit selbst der Abwehr, die ihrer sexuellen Bedeutung gilt.

In einer zweiten Gruppe ist nicht der Sinn der Tätigkeit verantwortlich für ihre Hemmung, sondern die Möglichkeit, durch sie zu Erfolgen in der Realität zu kommen; der unter der Macht des Strafbedürfnisses stehende Mensch muß sich ein Tun versagen, das die Welt oder das Schicksal mit Erfolg belohnen würde. Schließlich und letztlich mag die Hemmung einer Tätigkeit, fern von ihrer Bedeutung und von ihren möglichen Ergebnissen, in einer allgemeinen Ichverarmung begründet sein. Eine übermäßige Absorption an anderer Stelle, etwa durch eine Trauerarbeit, oder ein übermäßiger Aufwand, der zur Sicherung von Verdrängungen, zur mühsamen Aufrechterhaltung eines labilen Gleichgewichtes benötigt wird, machen das Ich für andere Aufgaben ohnmächtig und kraftlos, lassen es ihnen gegenüber als gehemmt erscheinen.

Allen diesen Fällen ist es offenbar gemeinsam, daß sie die Einschränkung einer Ichfunktion betreffen, in der somit das Wesen der Hemmung erkannt ist, und es ergibt sich von selbst ein erster Unterschied von Hemmung und

Symptom; denn das Symptom kann nicht als Vorgang am Ich beschrieben werden.

Diese einleitenden Überlegungen haben uns zur ersten Grundproblematik des Buches geführt, zur Frage nach der Grenze zwischen Ich und Es, zur Isolierung des Anteils, den beide Instanzen an jedem psychischen Akte nehmen. Diese gesuchte Grenze ist die Grenze zwischen triebhaftem und zweckhaltigem Geschehen, zwischen Getriebensein einerseits und der Wahl geeigneter Mittel für vorgelegte Zwecke andererseits, wobei diese Zweckhaltigkeit nicht auch objektiv Zweckmäßigkeit sein muß, sondern nur in der psychischen Welt Geltung haben mag. Sie ist die Grenze zwischen Besessenheit und Arrangement. Es ist nicht gemeint, eine Teilung in der Weise zu suchen, daß etwa eine Gruppe von psychischen Erscheinungen als aus dem Es geboren, eine andere als aus dem Ich geformt dargestellt werden soll, vielmehr soll für jede Erscheinung der Anteil beider festgestellt und abgegrenzt werden.

Dies ist der Punkt, an dem seinerzeit A. Adler gescheitert ist. Ihm erschienen alle seelischen Prozesse allein aus dem Ich her erklärbar, Neurose und Charakter waren ihm nichts als Arrangement. Aber auch eine extrem entgegengesetzte Auffassung, die möglich wäre, eine Art dämonologischer Theorie des Seelenlebens, genügt den Tatsachen nicht. Mit Entschiedenheit weist Freud jeden Versuch einer philosophischen Vereinfachung des Problems in dieser oder jener Richtung zurück; nur exakte empirische Forschung, die bis in die Feinstruktur jedes Aktes eindringt, kann uns allmählich seiner Lösung näher bringen. Die Grenze zwischen Ich und Es ist nur auf Grund reicher methodisch verarbeiteter Erfahrungen zu legen.

Es ist nicht schwer, diese Problemstellung in die Geschichte der analytischen Wissenschaft historisch einzuordnen. Die erste Tat der Analyse war die Entdeckung des Es; Ichpsychologie gab es auch vor der Analyse, das wesentlich Neue war die Entdeckung von Kräften, die auf das Ich wirken, es beschränken und auch bestimmen. Die zweite dieser beiden Beeinflussungen lenkte zum nächsten Gegenstand der analytischen Forschung, zur analytischen Ichpsychologie, die den libidinösen Anteil am Aufbau des Ich erforscht hat. Und nun erscheint die dritte Aufgabe, die der empirischen Abgrenzung des Wirkungsbereiches der beiden Instanzen.

Im vorliegenden Buche werden drei Erscheinungen im Hinblick auf den Anteil untersucht, den Es und Ich an ihnen haben: die Angst, der Widerstand und — minder ausführlich — die Regression. Man kann fragen, warum wohl gerade diese Erscheinungen schwer zuzuordnen sind. Die Verhältnisse sind in jedem Falle sehr charakteristisch. Betrachten wir die Angst als Erlebnis, so kann keine Frage sein, daß wir uns ihr gegenüber wesentlich passiv verhalten; wir werden von Angst überfallen, und darum hat wohl auch die ältere Theorie eine durchaus ichfreie Entstehung der Angst postuliert. Aber Angst hat andererseits auch eine gewisse Funktion, die zu einer Revision, einer Ergänzung des ersten, einfachsten Ansatzes veranlaßt. Der Widerstand wiederum wurde ursprünglich nur dem Ich zugeordnet; hier war es eine Erfahrung, die Beobachtung des Wiederholungszwanges und der negativen therapeutischen Reaktion, die die Theorie komplizierte und nötigte, auch Widerstände des Es und des Ideals anzunehmen. Bei der Regression schließlich liegen die Dinge ganz ähnlich wie bei der Angst; das Zurückfallen der Libido in alte Positionen

scheint fürs erste nur eine gesetzmäßige Reaktion der Libido auf Versagung zu sein; erst der näheren Betrachtung enthüllt sich seine Funktion für Abwehrtendenzen des Ich. Neben dieser Problematik entwickelt sich im Laufe des Fortschreitens des Buches eine zweite; die Ergebnisse der neuen Untersuchung der Angst geben Mittel in die Hand, das Problem der Neurosenwahl wesentlich zu vertiefen.

Den breitesten Raum nimmt nun die Besprechung des Angstproblems ein. Für die Entstehung der Angst gab es seit den Anfängen der Analyse eine Theorie, die an den einfachsten beobachtbaren Fall anknüpfte. Bei der Aktualneurose konnte Freud einen regelmäßigen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Angst und der Störung des normalen Ablaufes der Libido feststellen; dieser Fund legte die Schlußfolgerung nahe, daß Angst jedesmal an Stelle der unterbundenen Befriedigung auftrete, gleichsam ein Verwandlungsprodukt der Libido bilde, und bot so einen ersten Ansatz für eine Theorie der Angst.

Im vorliegenden Buche unterzieht Freud nunmehr an Hand der beiden sorgfältig studierten Phobien des „kleinen Hans" und des „Wolfsmanns" den ganzen Fragenkomplex einer erneuten Untersuchung. Das Ergebnis dieser Überlegungen spricht nicht für die alleinige Gültigkeit der älteren Auffassung. In beiden Fällen ergibt sich klar, daß die Angst nicht erst als Folge der Verdrängung, als Produkt einer Umwandlung der durch die Verdrängung in ihrem Normalablauf gehemmten Affekte entstanden ist, sondern der Verdrängung schon vorausging, ja geradezu die Ursache der Verdrängung bildete. Diese Angst ist, ihrem Inhalt nach, in beiden Fällen Kastrationsangst. Der kleine Hans muß die Strafe der Kastration bei weiterer Verfolgung seiner Triebtendenzen fürchten; seine Angst gilt den von der Außenwelt her zu befürchtenden realen Folgen seines Tuns. Etwas anders liegen die Dinge bei dem Russen, dessen Triebtendenzen passiv-homosexueller Natur sind und der gerade von ihrer Erfüllung den Verlust seiner Männlichkeit befürchten darf. Angst vor Kastration als äußerer Folge einer Triebbefriedigung oder als einer im Wesen der Triebbefriedigung selbst begründeten Begleiterscheinung, Angst also vor der rächenden Außenwelt oder vor den der Integrität der Persönlichkeit gefährlichen Triebansprüchen; gemeinsam ist beiden Phobien, daß diese Angst der feineren Analyse als Voraussetzung und Ursache der Verdrängung und nicht erst als ihr Abfallprodukt erscheint. An diesem Resultat kann auch durch die Möglichkeit nichts geändert werden, daß die Angst aus dem Verdrängungsvorgang eine Verstärkung erfahren könnte.

Die Angst der Phobien ist sonach Reaktion auf eine Gefahr und ein Warnungssignal des Ich, das die Abwehr der Triebgefahr ermöglicht. Die frühere Auffassung, die die Angst in gesetzmäßige Beziehung zur Libidostauung setzte, bleibt bestehen, aber es ist vorerst nicht abzusehen, wie beide Theorien unter einem einheitlichen Gesichtspunkt vereinigt werden könnten. Es liegt der Versuch nahe, die alte Auffassung unter die neue zu subsumieren, durch die Annahme, daß die Stauung der Libido dem Individuum als Gefahr gilt; aber es ist fürs erste nichts damit anzufangen.

Freud zieht nun einen zusammenfassenden Überblick über alles, was die psychoanalytischen Forschungen über Angst bisher auszusagen vermochten. Die ursprünglichste ist die Erklärung der Angstbildung aus Libidostauung. Sodann

erscheint die Angst in einer dem Alltagsdenken nahestehenden Auffassung als Reaktion auf die Gefahr; als biologische Reaktion, wie wir sagen können, um die Psychologie zu entlasten und die Lösung des Problems in die Kompetenz der Biologie zu rücken. Dabei bleibt das Wesen der Gefahr zunächst noch ungeklärt. Ferner hat die psychoanalytische Arbeit ergeben, daß Angstaffekte mit einer Reproduktion des Geburtsvorganges zusammenhängen, und Rank hat versucht, auf diesen Ansatz eine ganze Neurosen- und Charaktertheorie aufzubauen. Des weiteren tritt Angst auch mit einer Reproduktion der Reaktion auf Gefahr auf, und die neue Analyse der infantilen Phobien hat zu der Auffassung geführt, daß Angst vom Ich her entstehen kann, als ein provoziertes Signal, das durch die Unlust, die es bedeutet, auf dem Wege des Lustprinzipes in den Ablauf der Triebvorgänge eingreift und sie von der Richtung ablenkt, die zu einer inneren oder äußeren Gefahrensituation führen könnte. Alle diese Möglichkeiten sind aber keineswegs als verschiedene Formen der Angst aufzufassen, derart, daß Angst einmal die eine und ein andermal die andere Genese haben sollte. Sie sind vielmehr Merkmale der Angst, die im allgemeinen immer Geltung haben, mag auch einmal diese, einmal jene Beziehung die auffälligere sein. Es entsteht die Aufgabe, den neuen übergeordneten Gesichtspunkt aufzuspüren, der sie alle einzuordnen und zu umfassen gestattet. Dieser Gesichtspunkt ergibt sich aus der Betrachtung und präziseren Fassung des Begriffs der Gefahr.

Die Betrachtung der ersten und einfachsten Situationen, die als Gefahren gewertet werden, des Verlassenwerdens des Kleinkindes etwa, belehrt uns eindringlich über das Wesen der Gefahr; es ist der Zustand der Unbefriedigung und damit des Anwachsens der Bedürfnisspannungen. Als Gefahr erscheint, wie man dann allgemein sagen kann, alles, was die Reizspannungen derart anwachsen läßt, daß sich der psychische Apparat ihrer Bewältigung nicht mehr gewachsen fühlt. Mit dieser Erfassung des Begriffes der Gefahr ist der Anschluß an die erste Angsttheorie gewonnen. Diese führte die Angst als unmittelbare Wirkung einer Übersteigerung der Reizspannungen ein, denen die adäquate Spannungsabfuhr abgeschnitten wurde. Die neue, tiefergreifende Untersuchung zeigt, wie dieses Ergebnis vom Ich vorweggenommen werden kann und auf die Möglichkeit einer solchen Überspannung in der Zukunft bereits vom Ich mit Angst reagiert wird; mit einer Angst, die durch den Mechanismus des Lustprinzipes den Ablauf nunmehr beeinflußt und das wirkliche Eintreten dieser Möglichkeit damit verhindern kann, die sonach wie ein Warnungssignal wirkt. Der erste, in ältester Zeit studierte Fall hatte das automatische Auftreten der Angst zum Gegenstand; die neue Untersuchung zeigt, wie das Ich die künftige Situation gleichsam abgeschwächt eskomptieren kann und durch diese seine Fähigkeit ein sinnvolles Geschehen ermöglicht. Wir verstehen nunmehr auch das Janusgesicht der Angst, die vom Es sturzflutartig zu kommen scheint und doch wiederum im Dienste des Ich steht. In der unmittelbaren Reaktion auf das Anwachsen der Reizspannungen liegt ihr Es-Anteil, in der Antizipation des Zukünftigen und der dadurch ermöglichten sinnvollen Aktion der Anteil des Ich.

Das Verhältnis der Angst als automatisches Phänomen zur Angst als Signal scheint analog dem Verhältnis des Lustprinzipes zum Realitätsprinzip zu sein. Beide sind unter dem einheitlichen Gesichtspunkt des Luststrebens zu begreifen,

so wie die Angst unter dem einheitlichen Gesichtspunkt eines Produktes übermäßiger Reizspannungen. Dem Realitätsprinzip ist es wesentlich, daß das Ich künftige Lust-Unlustsituationen antipiziert, den Mechanismus des Lustprinzips damit auslöst und das Handeln dadurch sinngerecht beeinflußt wird.

Die Angsterscheinungen können nun nach zwei Gesichtspunkten unterschieden werden. Sie können nach ihrer größeren oder geringeren Entfernung von der Gefahr angeordnet werden; je näher der Gefahr, desto automatischer wirkt die Reaktion, je ferner von der Gefahrensituation, desto aktiver und eindrucksvoller scheint uns die Rolle des Ich. Sodann können wir verschiedene Arten der Angst je nach ihrem Gegenstand sondern, je nach dem Inhalt der Gefahr, auf die sie reagiert. Wenn es gelänge, die einzelnen inhaltlich geschiedenen Angstformen den einzelnen Neurosetypen zuzuordnen, so wäre damit ein neuer Ansatz für das Problem der Neurosenwahl gewonnen. An dieser Stelle der Betrachtungen zweigt der Seitenast der Problematik ab, die Anwendung der vertieften Einsichten in das Wesen der Angst auf die Frage der Neurosenwahl.

Für dieses Problem gab es in der bisherigen psychoanalytischen Theorie zwei Begriffe, deren man sich bedienen konnte: den Begriff der Fixierung, der Erhaltung veralteter Lustbedingungen, bzw. ihre regressive Neubelebung, und den der inneren Entwicklungsdivergenz, der ungleichmäßigen Entwicklung von Ich und Libido.

Diesen Betrachtungen fügt Freud nunmehr, nicht sie zu ersetzen, sondern zu ergänzen und zu vervollständigen, einen Gesichtspunkt an, der der fundamentalen Bedeutung der Angst in der Entstehung der neurotischen Verdrängung Rechnung trägt. Als Wesen des Neurotischen erscheint nunmehr die Erhaltung oder Wiederbelebung vergangener und veralteter Angstbedingungen. Daß die Libido regressiv frühere Positionen besetzt, genügt noch nicht zur Entstehung der Neurose; erst wenn das Ich in dieser Besetzung eine Gefahr wittert, die doch fast durchwegs zwar der infantilen Einstellung angemessen, in der Lebenssituation des Erwachsenen aber anachronistisch erscheint, wenn das Ich sonach die infantile Angstbedingung bewahrt hat, sind die Bedingungen der Neurose vollständig gegeben. Es liegt nahe, anzunehmen, daß verschiedenen Stadien der Ichentwicklung verschiedene Gefahrensituationen entsprechen, daß Angstbedingungen als Petrefakte verschiedener Entwicklungsstadien erhalten geblieben sein können, und es eröffnet sich die Frage, ob diese „Angstfixierungen", wenn man so sagen darf, den einzelnen Neurosen eindeutig zugeordnet werden können. Freud unterscheidet im ersten Ansatz Angst vor Liebesverlust, Kastrationsangst und Angst vor dem Über-Ich und stellt die nachfolgenden Beziehungen auf: Angst vor Liebesverlust hat besondere Affinität zum Weibe, gehört der genitalen Phase an und scheint für die Hysterie charakteristisch. Die Kastrationsangst gehört zum Manne, ist eine Angst der phallischen Phase und hat unverkenbare Beziehung zur Phobie. Die Über-Ich-Angst schließlich ist wesentlich auch Sache des Mannes, scheint in der Latenz herrschend zu werden und steht im Mittelpunkt der Zwangsneurose.

So scheint durch diese Überlegungen ein neuer Zugang zum alten und hartnäckigen Problem der Neurosenwahl eröffnet. Durch die Zuordnung der Angstformen zu Stadien der Ichentwicklung und zu Neurosetypen scheinen jedoch noch nicht alle in den neuen Begriffen gelegenen Möglichkeiten

erschöpft. Es gilt, auch die verschiedenen Formen der Abwehr zu sondern und in diese Zuordnungen einzubeziehen. Die Termini der Abwehr und der Verdrängung sind bisher nicht durchwegs scharf von einander getrennt worden. Freud will den alten Ausdruck Abwehr für den allgemeineren Begriff vorbehalten wissen; als Verdrängung möge nur ein bestimmter charakteristischer Spezialfall der Abwehr bezeichnet werden. Aus der großen Zahl der anderen Abwehrmechanismen finden zwei der Zwangsneurose eigentümliche Vorgänge, das Ungeschehenmachen und die Isolierung, nähere Besprechung. Auch die Regression erscheint der näheren Betrachtung nicht mehr ausschließlich als Automatismus des Es, sondern läßt eine Beteiligung des abwehrenden Ich erkennen. Damit tritt auch dieser Prozeß in die Reihe der Abwehrmechanismen. Es entsteht nun die Frage, ob diese Abwehrformen nicht in gesetzmäßigem Zusammenhang zu den einzelnen Affektionen stehen, wie ein solcher etwa zwischen Hysterie und Verdrängung vermutet werden könnte. Die Aufgabe, die so durch die Betrachtung des Wesens der Gefahr entstanden ist, hat sich nunmehr dahin verbreitert, die Zuordnung bestimmter Phasen der kindlichen Entwicklung zu bestimmten Gefahrensituationen, bestimmten Formen der Angst, bestimmten Abwehrmechanismen, einer besonderen Natur der Gegenbesetzung und schließlich einer besonderen Symptomatologie, einem Neurosentyp zu suchen. Das Problem der Neurosenwahl erfährt dadurch eine außerordentliche Vertiefung; es werden gleichsam die Zwischenglieder ausgefüllt, die zwischen dem ersten und dem letzten Element fehlten.

Allein auch die Einfügung dieser Glieder in die Kette der Neurosengenese kann nichts daran ändern, daß uns das eigentlich Spezifische der Neurose überhaupt nach wie vor entgleitet. Neurose ist Automatisierung von Angstreaktionen; was aber ist letztlich dafür verantwortlich, daß eine Gruppe von Menschen dieser Automatisierung verfällt und damit mit einem bedeutenden Stück ihres Wesens ständig infantil bleibt, während ihr die übrige Menschheit in praktisch ausreichendem Maße zu entgehen vermag? Was ist die spezifische Ursache des Neurotisch-Werdens?

Es gibt zwei Lösungsversuche dieser Frage. Der eine, von Adler, setzt die Organminderwertigkeit an; er ist zu simpel, um den Erscheinungen gerecht zu werden; der andere, Ranksche, schwebt losgelöst von allen Erfahrungen im Raume. Die Psychoanalyse hat keine Lösung in Bereitschaft. Freud hebt drei Faktoren hervor, die eine besondere seelische Beanspruchung des Menschen bedeuten und die daher die Möglichkeiten des Scheiterns in sich tragen: einen biologischen, einen phylogenetischen und einen rein psychologischen. Noch kennen wir das Spezifische der Neurose nicht, wir wissen nur, wo es gesucht werden muß. Der erste beruht auf der langandauernden Hilflosigkeit und Abhängigkeit des Kindes; von dorther stammt die ewige Liebesbedürftigkeit des Menschen. Hiezu tritt die eigentümliche und überraschende Tatsache des zweizeitigen Ansatzes der Sexualentwicklung; sie legt der menschlichen Entwicklung einen zweimaligen jähen Richtungsumschlag auf und birgt daher Möglichkeiten des Mißlingens. Die rein psychologische Seite der menschlichen Disposition zur Neurose schließlich muß in der Differenzierung des seelischen Apparats gesucht werden, im Aufbau von Instanzen, die die Ansprüche der Außenwelt vertreten, in der Fortsetzung

eines äußeren Kampffeldes im Inneren des Menschen. All diese drei Faktoren bedeuten außerordentliche Beanspruchungen und kennzeichnen daher die Bereiche, in denen nach den charakteristischen Ursachen der neurotischen Reaktion geforscht werden muß.

Neben den besprochenen Ausführungen über das Angstproblem und die Anwendung der hier gewonnenen Ergebnisse auf die Neurosenwahl unterzieht Freud auch das Phänomen des Widerstandes einer erneuten Untersuchung in Hinblick auf seine Zuordnung zu den psychischen Instanzen. Freud unterscheidet fünf Formen des Widerstandes. Zwei richten sich gegen die Bewußtmachung des Unbewußten, der Verdrängungswiderstand und der Übertragungswiderstand, und gehen vom Ich aus. Ebenfalls dem Ich angehörig, doch als Widerstand gegen die Gesundung wirkend ist jener, der im sekundären Krankheitsgewinn wurzelt. Der Widerstand des Strafbedürfnisses, der sich ebenfalls gegen die Gesundheit wehrt, ist dem Über-Ich zuzuschreiben, und schließlich und letztlich ist der des Wiederholungszwanges als Eswiderstand zu bezeichnen. Die beiden letztgenannten sind die später erkannten; von der Einsicht in sie gingen die bedeutsamsten Erweiterungen der analytischen Auffassungen aus.

Es ist dem Referenten nicht vollends deutlich geworden, wie die genaue Grenze zwischen dem Übertragungswiderstand, der dem Ich angehört, und dem dem Es zugeschriebenen Widerstand des Wiederholungszwanges zu ziehen ist; beide wiederholen, statt zu erinnern. Vielleicht ist das Verständnis für die Unterscheidung in einer Akzentverschiebung zu suchen; in dem Sinne etwa, daß der Übertragungswiderstand wiederholt, um nicht erinnern zu müssen (Hauptbedeutung: ich will nicht erinnern), während der Widerstand des Wiederholungszwanges die Erinnerung verweigert, um wiederholen zu dürfen (Akzent: ich will wiederholen).

Werfen wir nun einen Rückblick auf die Revisionen und Korrekturen, die Freud an den analytischen Aufstellungen über die Angst und den Widerstand vornimmt, so merken wir, daß sie in beiden Fällen verschiedene Richtung nehmen. Bei der Angst mußte die frühere Anschauung, nach der das Ich gleichsam nur Objekt gewesen war, eine Korrektur in dem Sinne erfahren, daß dem Ich nunmehr eine führende Rolle zuerkannt wird. Beim Widerstand erscheint gerade umgekehrt das Ich nicht mehr als jener ausschließliche Akteur wie in den älteren theoretischen Annahmen. Beide Zusätze bedeuten fürs erste eine Komplizierung der analytischen Theorie; aber es kann wohl kein Zweifel sein, daß erst sie jene Vervollständigung leisten, die durch die Anwendung der von Freud im „Ich und Es" angegebenen Gliederung des psychischen Apparates gewonnen werden konnte.

Zwischen Ich und Es nun findet ein stetiger Übergang von Funktionen statt. Einesteils ein Absinken ins Es auf dem Wege der Automatisierung, andererseits aber auch ein Aufsteigen unter den Herrschaftsbereich des Ich auf dem Wege über das Spiel. Der Wiederholungszwang kann in den Dienst des Ich treten. „Das Ich, welches das Trauma passiv erlebt hat, wiederholt nun aktiv eine abgeschwächte Reproduktion desselben, in der Hoffnung, deren Ablauf selbsttätig leiten zu können. Wir wissen, das Kind benimmt sich ebenso gegen alle ihm peinlichen Eindrücke, indem es sie im Spiel reproduziert; durch diese Art von der Passivität zur Aktivität überzugehen, sucht es seine

Lebenseindrücke psychisch zu bewältigen." Das vorliegende Buch ist fast überreich an Keimen zu neuen Problemen und Lösungen; in den zitierten Zeilen finden wir einen Ansatz zur Lösung der Frage, auf welchem Wege der der Automatisierung entgegengesetzte Prozeß, das Aufsteigen psychischer Phänomene ins Ich und damit aus dem Zwang in die Freiheit vor sich geht.

So hat Freud in dieser Schrift nach allen Seiten hin neue Wege geöffnet. Vor allem drei Fragestellungen erscheinen für die Problematik der Psychoanalyse entscheidend. Die erste ist die der Abgrenzung der psychischen Instanzen in ihrer Beteiligung an den einzelnen psychischen Phänomenen. Die zweite betrifft das Wesen des Ich, dem die Fähigkeit einer abgeschwächten Vorwegnahme des Künftigen zugeschrieben scheint, womit durch Inkrafttreten des Mechanismus des Lustprinzipes der Ablauf selbst geändert wird. Auf diese Weise ist der Zugang zu einer kausalen Erklärung für das sinnvolle Walten des Ich eröffnet. Die dritte Problematik schließlich ist eine neue Aufrollung der Fragen nach der spezifischen Ätiologie der einzelnen Neurosen auf einer außerordentlich verbreiterten Basis; zum alten Begriff der Libidofixierung tritt der neue der Gefahr, ihrer verschiedenen Inhalte und der verschiedenen Reaktionsformen auf diese hinzu.

Alle, die die Psychoanalyse kennen und in ihrer Gedankenwelt leben, waren sich dessen bewußt, daß das Wesentliche an ihr nicht in der zu einem bestimmten Zeitpunkt greifbaren Theorienmasse, sondern in ihrer Methode und ihrer Entwicklung gelegen ist. Ihrer Entwicklung, die vielleicht dahin zu kennzeichnen ist, daß sie das Wissen um das Seelische immer mehr seiner subjektiven Elemente und Entstellungen entkleidet, und die damit wohl dem Wesen der Entwicklung des wissenschaftlichen Gedankens überhaupt entspricht, der seine Grundantinomie, daß die Mittel zur Erfassung des Gegenstandes selbst schon zu diesem gehören, daß also das Erforschen des Psychischen selbst ein Psychisches ist, in einem unendlichen konvergenten Prozeß überwindet. In diesem Prozeß und der Unverbrüchlichkeit seines Gesetzes ist, wie in jeder wahren Wissenschaft, auch das Wesentliche der Psychoanalyse gelegen. Dieses Wissen um den Entwicklungscharakter der Psychoanalyse ist dem Referenten durch das Studium von „Hemmung, Symptom und Angst" wieder einmal zum Erlebnis geworden. Wälder (Wien)

PSYCHOPATHIC HOSPITAL LIBRARY

KORRESPONDENZBLATT
DER
INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

Redigiert von Anna Freud, Zentralsekretärin

Berichte der Zweigvereinigungen

British Psycho-Analytical Society

I. Quartal 1928

11. Januar 1928. Mrs. Riviere referiert Freuds Arbeit über Fetischismus.

1. Februar 1928. Dr. Róheim: Rassenpsychologie und Evolution. Die primitive Zivilisation ist oralen, der Kapitalismus analen Ursprungs. Soll das bedeuten, daß man sich die Evolution der menschlichen Zivilisation als eine Parallele zur Ontogenese vorzustellen hat, die vom Oralen über das Anale zu einem zukünftigen genitalen Typus fortschreitet? Die Untersuchung ergibt, daß überall dort, wo wir bei primitiven Stämmen eine auf analer Sublimierung aufgebaute Kultur finden (Quarzsymbolik in Südostaustralien, Kapitalismus in Melanesien), die anale Qualität der Symbole nicht auf eine Weiterentwicklung vom oralen, sondern auf eine Regression vom genitalen Entwicklungsstadium zurückzuführen ist. Analen Bildungen im mittelalterlichen Judaismus entsprechen genitale oder phallische Haltungen im alten Israel.

Periodenbildung in der Entwicklung der Menschheit: wiederholte Bewegung in der Richtung zur genitalen Phase ist von Kastrationsangst und einer genitofugalen Neigung gefolgt (Ferenczi). Die Zivilisation entwickelt sich in der regressiven Phase.

Theorie einer introjizierten und modifizierten Regression, i. e. die genitale Entwicklung (Ferenczi) in Konflikt mit den beiden wichtigsten Abwehrmechanismen (Freud). a) Abwehrmechanismus dem hysterischen oder phobischen Typus entsprechend: es findet nur ein Abzug der vorbewußten Besetzung statt, Bildung einer Gegenbesetzung in der Umgebung als Basis für die Dienstbarmachung ihrer Umgebung durch die Menschheit (Totemismus, Kunst, Technik, Agrikultur). b) Abwehrmechanismus dem zwangsneurotischen Typus

entsprechend: Abzug der vorbewußten Besetzung wie auch der Libido vom genitalen Ziel, i. e. eine Regression mit Gegenbesetzung in Gestalt einer reaktiven Charakterbildung.

Der Aufbau der Gesellschaft auf der Basis dieses Abwehrmechanismus. Die Religion als Mischung beider Typen. Die Evolution der Zivilisation hängt auch vom Ichmechanismus der Introjektion, i. e. von der Bildung eines Über-Ichs ab. Dieser Mechanismus erklärt auch das Phänomen der Kulturwanderung.

15. Februar 1928. Mrs. Klein: Frühstadien des Ödipuskonfliktes. (Erschienen in dieser Zeitschrift, Bd. XIV, H. 1.)

4. März 1928. Dr. Warburton Brown: Psycho-Analysis and Design in the Plastic Arts.

Adressenänderungen:

Dr. Sylvia Payne, 20 Park Square East, Portland Place, London, N. W. 1.
Mrs. Susan Isaacs, 54, Regent's Park Road, London, N. W. 1.

Dr. Douglas Bryan
Sekretär

Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft

I. Quartal 1928

Sitzungsbericht:

10. Januar 1928. Fortsetzung der Diskussion über Freuds „Zukunft einer Illusion". Diskussionsredner: C. Müller-Braunschweig, Frau Lantos, Simmel, Sachs, Eitingon, Alexander, Bernfeld, Storfer (Wien), Radó.

21. Januar 1928. Ordentliche Generalversammlung. Die Berichte des Vorstandes, des Kassenwartes, des Direktors des Instituts, des Unterrichtsausschusses und des Kuratoriums zur Verwaltung des Stipendienfonds werden genehmigt. Die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft Leipzig" wird genehmigt. — Der Vorstand wird einstimmig wiedergewählt: Dr. Simmel *(Vorsitzender)*. Dr. Radó *(Schriftführer)*. Frau Dr. Horney *(Kassenwart)*. In den Unterrichtsausschuß werden gewählt: Drs. Alexander, Eitingon, Frau Horney, C. Müller-Braunschweig, Radó, Sachs und Simmel. — In das Kuratorium zur Verwaltung des Stipendienfonds werden gewählt: Drs. Boehm, Hárnik, Frau Horney und C. Müller-Braunschweig. — Die freiwillige Selbstbesteuerung der Mitglieder zugunsten des Stipendienfonds bleibt auf Antrag Dr. Boehms unverändert aufrechterhalten. — Der Mitgliedsbeitrag wird auf M. 70 erhöht. — Frau Dr. F. Lowtzky wird zum ordentlichen Mitglied gewählt.

31. Januar 1928. Vortrag Frl. Dr. L. Kirschner: Aus der Analyse einer zwangsneurotischen Arbeitshemmung. (Erschienen im vorigen Heft dieser Zeitschrift.) Diskussion: Fenichel, Alexander, Radó, Frau Josine Müller, Frau Lantos, Krafft (a. G.) und Simmel.

11. Februar 1928. Vortrag Dr. Géza Róheim (Budapest, a. G.): Rassenpsychologie und Evolution. — Diskussion: Krafft (a. G.), Fenichel, Alexander, Lantos, Erwin Kohn, Radó, Bally (a. G), Sachs, Horney, Eitingon.

21. Februar 1928. Vortrag Dr. Winogradow (Kiew, a. G.): Der phylogenetische Anteil am Untergang des Ödipuskomplexes. Diskussion: Sachs, Fenichel, Radó, C. Müller-Braunschweig, Liebermann, Schultz-Hencke, Hárnik, Frau Lantos.

28. Februar 1928. Kleine Mitteilungen. Dr. Fenichel: a) Zur Ökonomik der Deckerinnerungen. b) Zur Phantasie von der intrauterinen Kastration. Diskussion: Hárnik, Alexander, Sachs, Radó. — Dr. Hárnik: Kasuistik zur Kritik der Rankschen Traumatheorie. Diskussion: H. Lampl, Hárnik, Fenichel, Simmel. — Dr. Sachs: Eine merkwürdige Reaktion auf das Bewußtwerden einer verdrängten Erinnerung. Diskussion: Alexander, Fenichel, Radó, Frau Horney, Liebermann, Simmel.

13. März 1928. Vortrag Dr. Erich Fromm (Heidelberg, a. G.): Psychoanalyse des Kleinbürgers. — Diskussion: Staub (a. G.), Alexander, Boehm, Frau Lantos, Sachs, Bernfeld, Radó, Eitingon.

20. März 1928. Kleine Mitteilungen. Dr. Krafft (a. G.): Ein Fall von psychotischer Selbstblendung. — Dr. Simmel: Kasuistik aus der psychoanalytischen Klinik. a) Präsenile Involutionspsychose als Endausgang eines neurotischen Charakters (Schicksalsneurose). b) Perversion kombiniert mit Analtumor, Operation in Hypnose. — Dr. Hárnik: Zur Symbolik der Blumen.

Kurse

Die Gesellschaft veranstaltete in ihrem Institut (Berlin W. 35, Potsdamerstraße 29) im Winterquartal (Januar—März) 1928 folgende Kurse:

a) Obligatorische Kurse

1) Sándor Radó: Einführung in die Psychoanalyse, II. Teil. Allgemeine Neurosenlehre. 10 Stunden. (Hörerzahl 33.)

2) Carl Müller-Braunschweig: Infantile Sexualität. Trieblehre, Libidotheorie. 6 Stunden. (Hörerzahl 16.)

3) Otto Fenichel: Seminar über Freuds Krankengeschichten. I. Teil. 7 Doppelstunden, (Hörerzahl: 26.)

4) Franz Alexander: Ichanalyse. 7 Stunden. (Hörerzahl: 45.)

5) Jenö Hárnik: Seminar über Schriften zur Anwendung der Psychoanalyse auf Literatur und Kunst. 7 Doppelstunden. (Hörerzahl: 14.)

6) Hanns Sachs: Die psychoanalytische Technik. II. (spezieller) Teil. 7 Stunden. (Hörerzahl: 37.)

7) Karen Horney, Sándor Radó: Technisches Kolloquium (nur für Ausbildungskandidaten, bzw. ausübende Analytiker. 7 Doppelstunden. (Hörerzahl: 19.)

8) Max Eitingon u. a.: Praktisch-therapeutische Übungen (Kontrollanalyse). Nur für Ausbildungskandidaten. (11 Kandidaten.)

b) Fakultative Kurse

1) Siegfried Bernfeld: Psychoanalytische Besprechung praktisch-pädagogischer Fragen. a) Für Anfänger und b) für Fortgeschrittene. (Hörerzahl: 61, 46.)

2) Harald Schultz-Hencke: Seminar über Freuds „Das Ich und das Es". 7 Doppelstunden. (Hörerzahl: 16.)

Leipziger Arbeitsgemeinschaft:

Auf eine Anregung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft konstituierte sich am 23. Juli 1927 die seit 1919 in verschiedenen Formen bestehende Leipziger Psychoanalytische Gruppe als „Leipziger Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft".

Zur Geschichte dieser Arbeitsgemeinschaft ist folgendes zu bemerken: Im Jahre 1919 gründete der damalige stud. med. Karl H. Voitel eine Gesellschaft von psychoanalytisch Interessierten in Leipzig. Aus dieser größeren, aber lockeren Gemeinschaft isolierte sich im September 1922 unter Leitung Frau Dr. Benedeks ein kleinerer Kreis, der sich seitdem in regelmäßigen Zusammenkünften mit dem Studium der Psychoanalyse beschäftigte. Dieser Kreis hatte, im Interesse des gemeinsamen Studiums nur solche Teilnehmer zur ständigen Mitarbeit zugelassen, die eine Lehranalyse durchgemacht haben. Dieser strafferen Organisation des kleineren Kreises ist zu verdanken, daß die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft schon vor deren offiziellen Konstituierung als Gäste zu den wissenschaftlichen Sitzungen der D. P. G. zugelassen worden sind.

Die Leipziger Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft besprach im Sommer und im Herbst 1927 in allwöchentlichen Sitzungen die Neuerscheinungen der psychoanalytischen Literatur und einen Abend monatlich Fragen der psychoanalytischen Praxis.

Vor geladenen Gästen (Interessenten), zumeist Studierenden der Medizin — wurden ausgewählte Kapitel der speziellen Neurosenlehre behandelt. An je einem Abend sprachen Dr. Voitel über Hysterie, Dr. Vauck über Phobie und Angstneurose. Im Anschluß an die Vorträge fanden lebhafte Diskussionen statt. Es wurden unter der Leitung von Frau Dr. Benedek die „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" behandelt.

Frau Dr. Benedek hielt am 12. Dezember 1927 auf Einladung von Herrn Prof. Dr. Siegerist im Seminar für Geschichte der Medizin einen Vortrag über die „Grundbegriffe der Psychoanalyse". (Bericht von Dr. Weigel.)

Teilnehmer der „Leipziger Arbeitsgemeinschaft":

1) Benedek, Dr. med. Frau Therese (*Obmann*), Brüderstraße 7, II.
2) Ekmann, Tore, Lektor der schwedischen Sprache.
3) Ranft, Hermann, Lehrer, Holsteinstraße 15.
4) Vauck, Dr. med. Otto, Schkeuditz b. Leipzig, Nervenheilanstalt Bergmannwohl.
5) Voitel, Dr. med. H. Karl, Georgiring 9.
6) Weigel, Dr. med. Herbert (*Schriftführer*), Philipp-Rosenthalerstraße 12.

Frankfurter Arbeitsgemeinschaft

Die im Oktober 1926 gegründete Arbeitsgemeinschaft hat jeden ersten Sonntag des Monats ihre Zusammenkünfte abgehalten. Neben größeren Arbeiten einzelner Teilnehmer und kasuistischen Beiträgen, zu denen sämtliche Teilnehmer beisteuerten, wurden die wesentlichsten psychoanalytischen Neuerscheinungen eingehend diskutiert, namentlich wurden die Veröffentlichungen von Prof. Freud besprochen. Angesichts der Fülle des Materials wurde

beschlossen, im Jahre 1928 neben den Sitzungen am ersten Sonntag auch regelmäßige am dritten Dienstag jeden Monats abzuhalten. Die Tatsache, daß die Zahl der Sitzungen verdoppelt wird, beweist am besten die Notwendigkeit des Zusammenschlusses. (Bericht von Dr. Landauer.)

Teilnehmer der „Frankfurter Arbeitsgemeinschaft":

1) Fromm-Reichmann, Dr. med. Frau Frieda, Heidelberg.
2) Fromm, Dr. Erich, Heidelberg.
3) Happel, Dr. med. Frau Clara, Frankfurt.
4) Landauer, Dr. Karl, Frankfurt (*Obmann*).
5) Röllenblöck, Dr.
6) Meng, Dr. med. Heinrich, Stuttgart.
7) Stein, Dr. Franz

Dr. Sándor Radó
Schriftführer

Indian Psychoanalytical Society

I. Quartal 1928

31. Januar 1928. Jahresversammlung.

I. Der Jahresbericht für 1927 wird angenommen.

II. Der Vorstand für 1928 wird wie folgt gewählt: Dr. G. Bose, *Präsident;* Dr. S. Mitra, Mr. G. Bora, *Vorstandsmitglieder;* Mr. M. N. Banerji, *Sekretär.*

III. Allfälliges.

a) Es wird die sofortige Errichtung einer Wanderbibliothek zum Gebrauch der Mitglieder der Vereinigung aus den der Vereinigung geschenkten Büchern und Zeitschriften beschlossen und der Sekretär ermächtigt, 200 Rupien aus dem Vereinsvermögen zum Ankauf von Büchern und Zeitschriften zu verwenden. Die Auswahl geschieht im Einverständnis mit dem Vorstand.

b) Es wird das Ehrenamt eines Bibliothekars geschaffen. Dieser Bibliothekar wird beauftragt, die Verwaltung der Bibliothek unter der Aufsicht des Vorstandes durchzuführen.

c) Der Sekretär und Bibliothekar werden beauftragt, Richtlinien für die Bibliotheksverwaltung aufzustellen.

d) Dr. S. C. Mitra wird für das laufende Jahr 1928 zum Bibliothekar ernannt und mit der Führung der Bibliotheksgeschäfte beauftragt.

M. N. Banerji
Sekretär

Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület

I. Quartal 1928

13. Januar 1928. Dr. S. Ferenczi: Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. (Erschienen im vorigen Heft dieser Zeitschrift.)

27. Januar 1928. Frau Kata Lévy: Über Lernhemmungen. Freuds Feststellungen über Hemmungen im allgemeinen sollen an Hand von praktischen Beispielen auf das spezielle Gebiet der Lernhemmungen Anwendung

finden. Es soll zwischen einfacher Funktionsstörung, L. als neurotisches Symptom, und geistiger Hemmung auf organischer Basis unterschieden werden. Die erste Gruppe umfaßt 1) die Einzelhemmung, aus der aktuellen Aufgabe entstanden, die gleich dem Vergessen auf dem Verdrängungsmechanismus des Lustprinzips beruht; 2) die Dauerhemmung, die durch a) Energieentzug, b) Erotisierung, c) Selbstbestrafung verursacht werden kann. Die neurotische Lernhemmung kann durch a) Kastrationsangst, b) Kastrationswunsch hervorgerufen werden.

3. Februar 1928. Generalversammlung. Der Vorstand wurde wiedergewählt.

17. Februar 1928. Frau Alice Bálint: Referat über Bernfelds Buch „Psychologie des Säuglings".

25. Februar 1928. Anna Freud (Wien): Zum Thema der Kinderanalyse. — Das Verhältnis der Kinderanalyse zur Analyse der Erwachsenen. Vergleich mit der Stellung der Kinderheilkunde innerhalb der allgemeinen Heilkunde, Unterschied in dem Punkt, wo die Kinderneurose von der Neurose des Erwachsenen abweicht. — Das Verhältnis der Kinderanalyse zur Pädagogik. Die Kinderanalyse ist nur einer der Beiträge, welche die Psychoanalyse der Pädagogik zu leisten imstande ist.

9. März 1928. 1) Feststellung der ungarischen psa. Fachausdrücke — 2) Kasuistik: a) Frau Vilma Kovács: Selbstgedichtetes Märchen eines Kindes. b) Dr. S. Ferenczi: Aggressivität und Denken.

16. März 1928. Kasuistik. a) Dr. G. Róheim: Kasuistischer Beitrag zur Entstehung der Zwergmythen. Bestätigung der Ableitung von Ferenczi. b) Dr. M. Bálint: Epilepsie oder Hysterie? In einem Falle veränderten sich die ohne Zweifel epileptischen Anfälle im Laufe der Analyse in der Richtung der Hysterie.

Geschäftliches. Frau Kata Lévy und Dr. G. Dukes (bisher außerordentliches Mitglied) wurden zu ordentlichen Mitgliedern gewählt.

*

Die Ungarische Psychoanalytische Vereinigung veranstaltet im Wintersemester 1928/29 folgende Seminarkurse:

Dr. S. Ferenczi: Psychoanalytisch-klinisches Seminar für Ärzte (ausgehend von Freuds: Bruchstücke einer Hysterieanalyse). Jeden Mittwoch abends 8½ Uhr. Zirka 12 Abende. Erste Zusammenkunft 7. November. Gebühr der Teilnahme P. 20·—.

Dr. I. Hermann: Psychoanalytisches Seminar für Pädagogen und Heilpädagogen. Jeden Dienstag abends 8½ Uhr. Zirka 10 Abende. Erste Zusammenkunft 16. Oktober. Gebühr der Teilnahme P. 10·—.

Dr. Imre Hermann
Sekretär

Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse

I. Quartal 1928

Jahresversammlung am 14. Januar 1928. Der Vorstand wird ungeändert wiedergewählt.

Dr. J. H. W. van Ophuijsen: Mitteilungen über den Fetischismus. Nach einem kurzen Überblick über die historische Entwicklung des Begriffes des Fetischismus kommt Sprecher auf die neuesten Auffassungen von Freud, nach welchen der Fetisch den Ersatz für den vermißten Penis der Mutter bildet. Diese Auffassung wird an zwei Beispielen aus der Praxis erläutert. Bei dem einen trat die Fußbiege der Frau als Fetisch auf bei jemand, der bei jeder Frau nach einem Penis suchen mußte; bei dem zweiten suchte jemand zwangsmäßig an der Frau etwas, „was nicht da war", und hatte als Fetisch eine spezielle Form von Frauenbrust.

Dr. A. J. Westerman Holstijn bespricht einen Fall von akuter schizophrener Psychose, worin die inzestuösen Triebe auf halluzinatorische Weise befriedigt und ausgelebt wurden, durchmischt mit religiösen Vorstellungen. Ein Einfluß der Religion auf die Heilung wurde verneint, aber eine synthetische Funktion des Geistes in dem Aufbau der verwirrten Vorstellungen als möglich dargestellt.

Sitzung am 24. März 1928. Dr. S. J. R. de Monchy. Kinderspiele und einige anschließende Bemerkungen. Der Vortragende glaubt, daß man in dem Puppenspiel der Mädchen nicht nur eine Übertragung der mütterlichen Triebe zu sehen hat, sondern daß der Narzißmus eine Hauptrolle spielt. Das Mädchen macht mit der Puppe, was es mit sich selbst gemacht haben möchte und legt die Eigenschaften, die es sich selber wünscht, in die Puppe. Weiter bespricht er einige theoretische Fragen in der Unterscheidung von Narzißmus und Objektliebe.

A. Endtz
Schriftführer

New York Psycho-Analytical Society

I. Quartal 1928

31. Januar 1928:

a) Dr. A. Lorand: Eine narzißtische Neurose. Bericht über die Analyse einer milden Schizophrenie mit Suizidimpulsen.

b) Dr. M. Meyer: Ein Zahlentraum als Widerstand. Die Analyse zeigte das Interesse eines Patienten, gegen die Behandlung eines bestimmten Symptoms besonderen Widerstand zu leisten, um eine Bemerkung des Analytikers in der Vorbesprechung Lügen zu strafen.

In der Geschäftssitzung wurde Dr. Alexander Lorand nach Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften für medizinische Praxis im Staate New York zum ordentlichen Mitglied gewählt. — Für das Jahr 1928 wurden in den Vorstand gewählt: Dr. A. A. Brill (*Präsident*), Dr. Monroe Meyer (*Vizepräsident*), Dr. A. Kardiner (*Sekretär und Schatzmeister*), Dr. C. P. Oberndorf, Dr. A. Stern und Dr. S. E. Jelliffe. — Der Präsident bestimmte folgende Ausschüsse: Unterrichtsausschuß: Drs. Oberndorf (*Präsident*), Stern, Jelliffe, Meyer, Kardiner, Ames, Lehrman.

Wissenschaftlicher Ausschuß: Drs. Meyer (*Präsident*), Lorand, Lewin. Revisoren: Drs. Stern und Meyer. — Weiter bestimmte der Präsident zum Schriftführer Dr. Ph. R. Lehrmann. — Zu Kuratoren wurden gewählt Dr. Oberndorf für drei Jahre, Dr. Stern für zwei Jahre und Dr. Jelliffe für ein Jahr.

28. Februar 1928:

Dr. Horace L. Carncross (als Gast): Der sogenannte weibliche Kastrationskomplex. Die ganze Frage der weiblichen Sexualängste wurde mit besonderer Berücksichtigung der letzten Arbeit von Jones aufs neue durchgesehen. Der Redner meinte, daß die ursprünglichste weibliche Angst die vor Vergewaltigung sei.

In der Geschäftssitzung wurden Drs. I. T. Broadwin und G. Zilboorg zu außerordentlichen Mitgliedern gewählt. Der Unterrichtsausschuß berichtete über den Erfolg der abgehaltenen Vorlesungen und kündigte eine Serie weiterer zwangloser Diskussionsabende für die Hörer der Vorlesungen an.

27. März 1928:

Dr. A. A. Brill: Eine kleine Mitteilung, die die Befriedigung unbewußten Schuldgefühls durch Strafmechanismen betrifft.

Dr. D. Feigenbaum: Referat über Freud „Die Zukunft einer Illusion".

Philipp R. Lehrman
Schriftführer

Societé Psychanalytique de Paris

I. Quartal 1928

Sitzung vom 17. Januar 1928:

Wahl des Vorstandes, der folgendermaßen zusammengesetzt ist:

Präsident: Dr. Laforgue. *Vizepräsident:* Dr. Hesnard. *Sekretär:* Dr. Allendy. *Kassenwart:* Marie Bonaparte.

Dr. Schiff und Dr. Nacht sind zu außerordentlichen Mitgliedern, Mme. Ronjat zum ordentlichen Mitglied gewählt.

Es wird im Prinzip beschlossen, daß die Vereinigung, außer den gewöhnlichen, technische Sitzungen abhalten wird, zu denen nur ausübende Analytiker zugelassen werden und an denen praktische Fälle besprochen und diskutiert werden.

Frau Sokolnicka spricht über einen Fall von moralischem Sadismus. Es handelt sich um ein Individuum, das sich die übelsten Dinge gegen seine Umgebung zuschulden kommen läßt, von dem aber die Analyse nachweist, daß es hinter seinen Aggressionen Angst verbirgt. Es wird diskutiert, inwieweit der Fall als Neurose oder als Perversion aufgefaßt werden kann.

7. Februar 1928:

Dr. Flournoy (Genf) wird als ordentliches Mitglied aufgenommen.

Dr. Róheim (a. G.) spricht über die Psychologie der primitiven Völker und von der analytischen Bedeutung ihrer sozialen Institutionen. Er weist an Hand von australischem Material die psychischen Grundlagen des Überganges zur Geldwirtschaft nach und zeigt seinen Zusammenhang mit dem Kastrationskomplex.

6. März 1928:

Marie Bonaparte: Symbolik der Kopftrophäen. (Erschienen in „Imago", Bd. XIV, 1 und demnächst in der „Revue Française de Psychanalyse".)

Die „Société Psychoanalytique de Paris" hat beschlossen, am 22. und 23. Juli in Paris einen Kongreß französischer Psychoanalytiker abzuhalten. Das Thema „Technik der Psychanalyse" wird in zwei Vorträgen von Doktor R. Laforgue und Dr. R. Loewenstein behandelt werden. Die Kollegen aller Zweigvereinigungen sind zur Teilnahme eingeladen.

Dr. Allendy
Sekretär

Russische Psychoanalytische Vereinigung

I. Quartal 1928

Da Herr Dr. Wulff gebeten hat, von den Pflichten eines Vorsitzenden der Russischen Vereinigung entbunden zu werden, wurde Herr Professor Kannabich zum Vorsitzenden gewählt.

Die äußeren Bedingungen haben sich augenblicklich günstiger gestaltet. Was der Vereinigung aber besonders fehlt, sind eine größere Anzahl gut ausgebildeter Analytiker, mit denen man ernste Arbeit in verschiedenen medizinischen Sphären und Einrichtungen beginnen könnte.

Die Arbeit innerhalb der Vereinigung geht in zwei Richtungen vor sich. Zweimal im Monat finden Sitzungen statt, in welchen die Mitglieder der Vereinigung Vorträge über verschiedene psychoanalytische Themen halten; zwei weitere Male im Monat wird ein Seminar über das Thema Zwangsneurose abgehalten. An den Seminarsitzungen nehmen außer Mitgliedern der Vereinigung auch andere Personen (Ärzte) teil, welche den Wunsch haben, die Analyse näher kennen zu lernen.

Wera Schmidt
Schriftführerin

Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse

I. Quartal 1928

21. Januar 1928. Dr. med. Sarasin-Basel: „Psychoanalytischer Beitrag zu Goethes Mignon", I. Teil. 18 Mitglieder, 8 Gäste.

Geschäftliche Sitzung: Der Vorstand für das Jahr 1928 wird bestellt wie folgt: Dr. med. Ph. Sarasin, Basel, *Präsident;* Dr. med. H. Behn-Eschenburg, Zürich-Küsnacht, *Vizepräsident*; Dr. med. E. Blum, Bern, *Quästor*; H. Zulliger, Ittigen-Bern, *Aktuar*; Pfr. Dr. O. Pfister, Zürich, *Beisitzer.*

Von der Gründung einer „Schweizerischen Ärztegesellschaft für Psychoanalyse" wird Kenntnis genommen, dem Kollektivaustrittsgesuch der ihr angehörenden Mitglieder wird Genehmigung erteilt, man schreitet zur Tagesordnung: Kassabericht, Tätigkeitsprogramm.

4. Februar 1928. Geschäftliche Sitzung (jeweilen ohne Gäste): Es wird ein Unterrichtsausschuß gegründet, der vorläufig aus den Vorstandsmitgliedern bestehen soll. Er studiert die einschlägigen Fragen und legt sie der Ges. vor.

13 Mitglieder, 3 Gäste.

Dr. med. Sarasin-Basel: „Psychoanalytischer Beitrag zu Goethes Mignon", II. Teil.

Mignon, das Seiltänzerkind geheimnisvoller Herkunft, vergeht in hoffnungsloser Leidenschaft zu ihrem Gebieter und vor Sehnsucht nach ihrer südlichen Heimat. Sie bildet mit Wilhelm und dem Harfenspieler eine seltsame Familie, die Züge aus der Lebensgeschichte des Dichters aufweist.

Wilhelm und der Harfner spiegeln Goethes eigene Liebes- und Haßregungen gegen seine jüngeren Geschwister wider, Mignon ist eine poetische Verdichtung dieser Geschwister.

Mignons Italiensehnsucht entspringt aus Goethe selber und wächst aus der Sehnsucht nach seinem eigenen Kinderlande heraus, die ihre erste Bearbeitung im Knabenmärchen gefunden hatte. (Autoreferat.)

25. Februar 1928. Zulliger-Bern: „Zur Psychologie eines Kinderunfalls."

15 Mitglieder, 3 Gäste.

Ein Schuljunge quetscht sich einen Finger ab und zeigt nachher Zeichen einer neurotischen Reaktion auf den Unfall. Dieser wurde von *ubw* Schuldgefühlen veranstaltet und kommt einer Selbstbestrafung gleich. Es ergibt sich die Frage, ob die Unfälle nicht häufig einer Sühnetendenz entgegenkommen und darum als Anzeichen einer bereits begonnenen oder latenten Neurose gewertet werden müssen. (Autoreferat.)

16. März 1928. Geschäftliche Sitzung. Es wird ein psa. Seminar zur Besprechung technischer Fragen und der psa. Literatur gegründet. Im Frühjahr sollen in Bern, später in Zürich und Basel eine Reihe von öffentlichen Vorträgen abgehalten werden, veranstaltet vom Unterrichtsausschuß.

16 Mitglieder, 3 Gäste.

Direktor Dr. med. Kielholz-Königsfelden: „Von Heeren und Führern."

Versuch, heerespsychologische Probleme vom psa. Standpunkt aus zu beleuchten. Die Masse weist Eigenschaften auf, die einer Regression auf infantile oder primitive Stufen entsprechen. Der Führer, wie das an genialen Feldherren der Weltgeschichte gezeigt wird, hat die Tugenden und Faszination des jugendlichen guten Vaters. Aus der Ödipussituation erklärt sich die Neigung zur Meuterei. Stacheldrahtkrankheit und Massenneurosen im Schützengraben und hinter der Front, Begleitererscheinungen des Weltkriegs, sind letzten Endes Libidostörungen. (Autoreferat.)

31. März. Geschäftliche Sitzung.

Aufnahmen: Prof. Dr. Harald Schjeldrup, Ordinarius für Psychologie an der Universität Oslo.

Doz. theol. Dr. Kristian Schjeldrup, Oslo.

10 Mitglieder, 4 Gäste.

Furrer-Zürich: „Meine Erfahrungen mit Kinderanalysen."

Die Analyse eines zwölfjährigen Hysterikers scheiterte an den unzulänglichen technischen Mitteln nach anfänglich guten Resultaten. Beschleunigungsversuche und die Führung der Arbeit nach dem Vorbilde der Erwachsenenanalysen trugen zum Mißerfolge bei. „Der beste Weg zu ihrer (der Analyse) Abkürzung scheint ihre korrekte Durchführung zu sein!" (Freud.)

Die Analyse einer Siebenjährigen wurde mit Erfolg indirekt analog Freuds

Analyse des kleinen Hans durchgeführt. Nach einjähriger Behandlung schlug das Kind einen normalen Entwicklungsweg ein.

Der dritte Teil des Vortrags bot ein Programm der psa. Erziehung. Es wird in extenso in der Zeitschrift für psa. Pädagogik publiziert. (Auszug aus dem Autoreferat.)

*

Pfarrer Dr. O. Pfister hielt vor Lehrervereinigungen und anderen Interessenten eine Reihe von Vorträgen über PsA. und ihre Anwendung in Seelsorge und Erziehung ab. In Buer (Ruhrgebiet) sprach er dreimal vor 700 Zuhörern.

Dr. med. E. Blum sprach am Berner Sender des Radio in zwei Vorträgen über die Bedeutung und die Möglichkeiten der PsA.

Dr. med. H. Behn hielt am Heilpädagogischen Seminar Zürich einen Kurs über PsA.

Lehrer Zulliger hielt an mehreren Orten in lokalen Lehrervereinigungen, bei Elternabenden und Veranstaltungen der Bildungsausschüsse Vorträge über psa. Themen. Er hielt auch zwei Kurse über Erziehung und PsA., die acht und zwölf Abende dauerten und für Eltern und Lehrer berechnet waren.

Hans Zulliger
Sekretär

Wiener Psychoanalytische Vereinigung

I. Quartal 1928

11. Januar 1928: Kleine Mitteilungen und Referate.

1. Frau Dr. Bibring: Über den Primärvorgang.

Nachweis, daß bei Untersuchungen über die eidetischen Anschauungsbilder (E. R. Jaensch) die Mechanismen des nach Freud für das unbewußte Seelenleben charakteristischen Primärvorganges aufgefunden werden konnten. Die Anschauungsbilder unterliegen, wenn man die Versuchsperson dem Baranyschen Drehversuch aussetzt, über die spezifisch psychische Verarbeitung hinaus, rein formal, den Verschiebungen, Verdichtungen, Entstellungen usw., die sich an solchen visuellen Gedächtnisbildern besonders eklatant anfweisen lassen. Es wird geschlossen, daß der Primärvorgang für die Arbeitsweise des primitiven Seelenlebens überhaupt bezeichnend ist. (Ausführlich in der Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1928.) Diskussion: Federn, Schilder, Winterstein, Wittels.

2. Dr. Karl Weiß: Verschiedenartigkeit der Reaktionsweise von Kindern auf den Anblick des weiblichen Genitales.

Aussprüche zweier etwa fünfjähriger Knaben, aus denen die bereits divergierende Charakterbildung ersichtlich wird.

3. Frau Dr. Angel: Einige Beobachtungen an einem Kinde.

Bericht über Beobachtungen an einem Knaben, der vom 11. bis zum 16. Monat stark genital onanierte, ohne daran gehindert zu werden. Er identifiziert sein Glied mit einer Puppe, an der er sehr hängt, sich selbst mit der Puppe und auch mit seinem Penis, indem er diesem von seinem Essen gibt wie der Puppe und beide und sich gleich benennt. Ein Identifi-

zierungskreis scheint hier geschlossen, der den Satz Ferenczis bestätigt: Es gebe in der menschlichen Entwicklung eine Phase, in der der Knabe sein Glied personifiziert („Libidinöses Ich").

Diskussion: Federn, Reich, Schilder.

4. Dr. Sterba: Eine Zwangshandlung aus der Latenzzeit.

Am Effekt einer Zwangshandlung eines Siebenjährigen, der einen Gegenstand schützen soll, wird die ubw. Haß- und Vernichtungstendenz gegenüber dem Gegenstand und dessen Besitzer deutlich. (Erscheint in der Zeitschr. f. psa. Pädagogik.)

5. Dr. Wittels: Ein Gemälde eines schizophrenen Künstlers.

Derselbe, von dem (Sitzung vom 18. Mai 1927) ein Freud-Porträt demonstriert wurde. Hinweis auf die sonderbar stilisierte Starrheit und Affektlosigkeit, die dieser Kunst ihren Charakter aufdrücken. Unverkennbare Ähnlichkeit mit der Traumsymbolik.

6. Prof. Schilder: Über reduplizierende Paramnesie.

In dem Falle einer Paralyse glaubte die Patientin bereits dreimal vorher in ähnlicher Weise in der Klinik behandelt worden zu sein. Es zeigte sich, daß die „früheren Aufenthalte in der Klinik" mit wichtigen Ereignissen ihres Liebeslebens im Zusammenhange standen. Die Reduplikation erwies sich also als psychisch determiniert.

7. Dr. Reich: Zur Frage der Geburtsphantasie am Schlusse der Analyse.

Bei einem Fall von Zwangsneurose, der vor Abschluß der Behandlung Geburtsphantasien produzierte, ließ sich nachweisen, daß sie auf Beobachtungen realer Geburtsvorgänge an der Hauskatze im dritten Lebensjahre zurückgingen und die Erledigung der Angst einleiteten, sich mit dem Genitale in die Scheide der Frau hineinzutrauen, aus der ein „kratzendes und beißendes Tier" herauskommen könnte.

8. Dr. Nunberg: Mutterleibs- und Geburtsphantasie als Bestrafung.

Wiedergabe und Deutung des letzten Traumes in einer Analyse. Es können sich hinter den Geburtsphantasien Ranks alle möglichen erlebnismäßigen Eindrücke und Reaktionen verbergen.

Diskussion zu Reich und Nunberg: Frau Dr. Deutsch, Federn, Nunberg, Reich, Schilder.

25. Januar 1928: Kleine Mitteilungen und Referate.

1. Frau Dr. Angel: Nachtrag zur letzten Mitteilung.

Als der Knabe 19 Monate zählte, wurde er oft mit einem Kosenamen benannt. Er hielt dann sein Glied in der Hand, streichelte es zärtlich und benannte es ebenso.

2. Frau Dr. Angel: Betrachtungen über das Leben in Davos.

Versuch, den „Zauberberg" Davos, d. h. die Beobachtung, daß leichte Fälle von Tuberkulose dort nicht gesund werden können und schon Gesundete jahrelang dort verweilen, aus unbewußten Lustquellen zu erklären. 6000 bis 8000 Kranke leben dort im selben Rhythmus; sie haben die orale Konstitution gemeinsam und bilden eine homogene Masse, die den gleichen psychologischen Gesetzen folgt. Sie führen das Leben von Säuglingen, liegen den ganzen Tag fest eingepackt, unterbrochen nur durch die reichlichen Mahlzeiten und das „Lutschen" am Thermometer. Beschäftigungslos dösen sie vor sich hin, der Zeitsinn ist ihnen verloren gegangen. Das Leben entspricht einer Massen-

regression in das Säuglingsstadium, aus dem die Lustquellen stammen, die diese Menschen jahrelang am Orte festhalten.

Diskussion: Frau Dr. Deutsch, Federn, Dr. Perls (a. G.), Reich.

3. Frl. Freud: Zum Thema: „Kinderanalyse". Bericht über das Symposion on Child-Analysis aus Internat. Journal of Psycho-Analysis, VIII, Part 3.

Diskussion: Doz. Deutsch, Frau Dr. Deutsch, Federn, Nunberg, Reich, Wittels.

4. Dr. Federn: Eine noch nicht bekannte Form der Kastrationsphantasie.

Während das Erleiden der Kastration, mag diese auf andere Organe verschoben oder durch eine Beeinträchtigung oder Formveränderung anderer Art ersetzt sein, sonst immer als ein Erleiden durch Einwirkung von außen phantasiert wird, bestand in einem Falle die voll entwickelte Phantasie, daß etwas wie eine Hand durch die Bauchdecke greife und von innen das gesamte Genitale wegreiße. Die Phantasie reicht weit in die Kindheit zurück und ist angstbesetzt. Hinweis auf den Zusammenhang mit der sadistischen Phantasie von einer Entbindung durch die Bauchdecke und der Identifizierung von Penis und Kind.

Diskussion: Nunberg, Reich.

5. Dr. Federn: Zur neurotischen Störung des Farbensinnes.

Jacoby hat gefunden, daß das musikalische „Gehör" durch neurotische Hemmungen gestört werden kann und daß der größte Teil der sogenannten „Unmusikalischen" durch Einschüchterung der musikalischen Spontaneität in der Kindheit entstehe. Er bezweifelt, daß es überhaupt „Unmusikalische" geben müsse, wenn man von den organischen Störungen des Gehörorganes absieht. — Farbenblindheit ist keine Neurose. Es gibt aber auch, und wahrscheinlich in Überzahl, Farbenunterempfindliche, deren Störung durch Übung wesentlich gebessert werden kann, wenn sie nicht neurotisch fixiert ist. In einem Falle trat während der Analyse eine wesentliche Besserung des Unterscheidungsvermögens für Farben und die Lebhaftigkeit der Farbenunterschiede auf. Das Rot war übersehen worden, weil es in unbewußtem Zusammenhange mit Ereignissen der Kindheit stand. — Es wäre wünschenswert auf Änderung des Farbenunterscheidungsvermögens als Folge einer psychoanalytischen Behandlung fernerhin zu achten; eine neue Indikation für die Psychoanalyse sei damit vorderhand nicht aufgestellt.

Diskussion: Doz. Deutsch, Frau Dr. Deutsch, Dr. Eidelberg (a. G.), Hartmann, Hitschmann, Nunberg, Prof. Pappenheim (a G.), Dr. Perls (a. G.), Reich, Dr. Sterba.

8. Feber 1928: Vortrag Dr. Robert Wälder: Versuch einer Axiomatik und Problematik der analytischen Psychologie.

Formulierung der grundlegenden Gesetzmäßigkeiten, die sich in der psychoanalytischen Arbeit kristallisiert haben, in einer Art Axiomentafel, um möglichst alle Konsequenzen, die implizit in der Psychoanalyse enthalten sind, überschauen zu können. Dabei ergeben sich Angriffsstellen für verschiedene Probleme, z. B. die Neurosentheorie, das Formproblem und die Grundfragen der Sozialpsychologie.

Diskussion: Federn, Hartmann, Reich, Schilder.

22. Feber 1928: Kleine Mitteilungen und Referate.

1. Dr. Federn: Zur ökonomischen Betrachtungsweise in der Psychoanalyse.

Bei einem Falle von hysterischer Depersonalisation fühlt der Kranke während seines angstvollen Zustandes deutlich, daß es sich um den Ablauf einer Erregung von bestimmter Größe handelt. Er kann angeben, daß die Hälfte, daß dreiviertel derselben abgelaufen sei, er kann durch Anstrengung den Ablauf beschleunigen und fühlt, daß er ihn durch seine Gegenwehr verlangsamt. Er merkt auch vorher in einer Art Aura, daß die innere Erregung, die zum Anfall führt, sich ansammelt. Diese Selbstwahrnehmung der inneren Spannung drückt sich auch als Gefühl für das Zeitausmaß aus, welches für den Anfall nötig sein wird. Während des Anfalles schätzt der Kranke die Dauer des weiteren Verlaufes nicht etwa nach der schon abgelaufenen Dauer, sondern nach der Stärke der noch bestehenden Spannung, die er fühlt. So wird die Annahme, daß es sich um bestimmte Quantitäten von libidinöser und affektiver Besetzung handelt, welche der Anfall zu erledigen hat, durch die autopsychische Wahrnehmung bestätigt. Das Zeitgefühl hängt mit dieser autopsychischen Wahrnehmung psychischer Spannungen zusammen. Auch sonst findet man oft, daß die Kranken ein Gefühl dafür haben, ein wie starker neurotischer Anfall sich vorbereitet und wie lange er dauern wird. Diese Selbstbeurteilung der Größe und Dauer eines zu erwartenden Symptomes beobachtet man bei Zwangsneurotikern für ihre Zwangsdelirien, bei manchen Phobikern für die Stärke ihrer jeweilig aktuell werdenden Phobie. Die Größe und Dauer hängt auch von der Gesamterregung der Person ab, daher eventuell auch von körperlichen Komponenten. Es können analog auch somatisch Kranke oft die Stärke eines wiederkommenden körperlichen Symptomes beurteilen, wobei niemand den quantitativen Faktor leugnet.

Diskussion: Frau Dr. Deutsch, Reich.

2. Dr. Eidelberg (a. G.): Psychoanalytische Bemerkungen über das Pfänderspiel.

Bericht über experimentelle Versuche, die von Freud für die Fehlleistungen gefundenen Mechanismen als im Pfänderspiele wirksam nachzuweisen. Experimentelle Zugänge zur Frage der Identifizierung und der Imitation.

Diskussion: Federn, Dr. Perls (a. G.).

7. März 1928: Vortrag Dr. Alfred Winterstein: Die Reaktion auf das Neue.

In der ontogenetischen Entwicklung sind drei Stufen der Reaktion auf das Neue zu unterscheiden: Die Phase der Ignorierung, der Verneinung (neu = feindlich) und der Bejahung. Die letzte Phase setzt ein Zusammenwirken des sekundären Narzißmus mit dem Destruktionstrieb voraus. Zusammenhang zwischen Geist und Todestrieb; Überwiegen der destruierenden Antriebe im begrifflichen Denken. „Reizhunger", fanatischer Wissensdrang findet sich vornehmlich beim anal-sadistischen, ambivalenten Typus (pathologische Analogie: „Freßsucht" beim Umschlag der Melancholie in die Manie). Langeweile als Ausdruck des unbefriedigten Reizhungers; unbewußte Vaterbedeutung der Zeitvorstellung. Sonderformen der Reaktion auf das Neue: Reaktion auf das Unheimliche und auf die „kleinen Unterschiede".

Diskussion: Federn, Hartmann, Reich.

21. März 1928: Diskussion über „Psychoanalyse und Wertproblem".

Einleitendes Referat: Dr. Heinz Hartmann. (Erscheint in „Imago").

Diskussion: Federn, Prof. Kelsen (a. G.), Reich, Schilder, Wälder, Winterstein.

Geschäftliches. Gewählt wurden zum ordentlichen Mitglied: Das außerordentliche Mitglied Dr. Richard Sterba, Wien, VI., Schadekgasse 18; zu außerordentlichen Mitgliedern: Dr. Stefan Betlheim, Zagreb (S. H. S.), Ilica 34; Dr. Salomea Gutmann, Wien, IV., Frankenberggasse 13; Prof. Dr. Martin Pappenheim, Wien, I., Am Hof 13.

*

Das Lehrinstitut der „Wiener Psychoanalytischen Vereinigung" (Wien IX., Pelikangasse 18) veranstaltete im Sommersemester 1928 die folgenden Ausbildungskurse:

1) Dr. R. H. Jokl: Einführung in die Psychoanalyse. 8stündig. (Hörerzahl: 48.)

2) Dr. H. Nunberg: Allgemeine Neurosenlehre (Fortsetzung). 12stündig. (Hörerzahl: 18.)

3) Dr. Helene Deutsch: Spezielle Neurosenlehre (Fortsetzung). 6stündig. (Hörerzahl: 20.)

4) Dr. R. Wälder: Psychoanalytisches Colloquium. Semestralkurs. (Hörerzahl: 23.)

Im Ambulatorium der „Wiener Psychoanalytischen Vereinigung": Seminar für psychoanalytische Therapie. Leiter: Dr. W. Reich. Jeden zweiten Mittwoch.

Dr. R. H. Jokl
Schriftführer

Zweiter Bericht über das „Seminar für Psychoanalytische Therapie" in Wien, 1926—1928

Die letzten zwei Jahre unserer seminaristischen Tätigkeit unterscheiden sich vom ersten Berichtsjahre (1925/26, s. diese Zeitschrift 1927/II) durch eine beträchtliche Verlangsamung des Tempos in der Arbeit. Während im ersten Jahre des programmatischen Studiums der technischen Probleme eine Fülle von ungelösten Fragen auf einmal auftauchte, die Problematik unübersehbar schien und man kaum zur Durcharbeitung von Einzelfragen gelangte, ergab sich im Laufe der letzten zwei Jahre eine zwar langsame, aber dafür stetige und um so gründlichere Durchdringung der Detailtechnik.

Wir hatten im Beginne vor, Widerstandstechnik, Theorie der analytischen Therapie und die Kriterien der Prognosestellung zu studieren. Das Geständnis, daß wir bescheidener werden mußten, schließt auch die Überzeugung ein, daß trotz der praktischen Schwierigkeiten gerade die Frage der Theorie der Therapie und der Prognosestellung zu den praktisch wichtigsten der Analyse gehört, und wenn wir trotz weiterer zweijähriger Arbeit kaum dazu gelangten, sie in Angriff zu nehmen, so lag das einerseits daran, daß wir uns in den nötigen Zeitmaßen geirrt, d. h. sie beträchtlich unterschätzt hatten, aber auch daran, daß der ständige Zustrom von jungen Kollegen, die gerade zu praktizieren anfingen, die Inangriffnahme schwierigerer und komplizierter Probleme erschwerte. So konnten wir nur einmal anläßlich eines Referates des Sekundararztes unseres Ambulatoriums Dr. Sterba über einen geheilten Fall von passiv-femininem Charakter Fragen der Mechanismen der Heilung diskutieren, ohne jedoch zu einer klaren Problemstellung zu gelangen. Das

bedeutet nicht, wie manche Kollegen meinten, daß die Frage: „Warum wurde dieser Fall geheilt, jener nicht?“ nicht oder schwer zu diskutieren sei, sondern bloß, daß wir noch nicht genügend Material von gründlich zu Ende analysierten Fällen hatten, um die allgemeinen Gesetze und die Differenzierung in der Heilung zu studieren. Doch hatten wir oft Gelegenheit, bei Fällen, die ohne gründliche Analyse sehr bald praktisch wertvolle Besserungen erlangt hatten, zu sehen, was nicht analytische Heilung ist und inwieweit die Übertragung als solche beigetragen hatte.

Da das Seminar im letzten Jahre Ausgebildete, weit Fortgeschrittene und Anfänger umfaßte, eine Teilung des Seminars aber untunlich schien und eine große Mehrbelastung bedeutet hätte, wurden, um den Anforderungen aller Beteiligten gerecht zu werden, die Themen je nach dem Referenten und dem Problem das eine Mal auf primitiverem, das andere Mal auf höherem Niveau diskutiert. Da auch bei primitiveren Referaten und Diskussionen immer wieder neue Fragen auftauchen, konnten sich die Vorgeschrittenen nie über verlorene Abende beklagen. So gelang es — wenigstens vorläufig — die Einheitlichkeit des Seminars und seiner Arbeit zu wahren.

An positiven Ergebnissen verdienen hervorgehoben zu werden:

1. Die Technik der klinischen Referate: Die häufige Übung durch aktive und passive Mitarbeit beim Referieren brachte eine gewisse Routine im Referieren mit sich, ohne daß darunter die notwendige Plastizität in der Darstellung der Fälle litt.

2. Im Gegensatz zum ersten Berichtsjahr gab es nur sehr selten chaotische Situationen; an der Klarheit der Referate ließ sich der stetige Fortschritt feststellen, den die Mitarbeiter in der Erfassung von Einzel- und Gesamtsituationen gemacht hatten.

3. Die Probleme der negativen Übertragung, die im ersten Jahre einen großen Raum in den Diskussionen eingenommen hatten, traten hinter anderen zurück; so etwa hinter der Frage der Analyse des Narzißmus und der Beherrschung der Übertragung. Es zeigte sich, daß es vieler gründlicher und systematischer Diskussionen bedarf, ehe man in der Einschätzung einer bestimmten technischen Schwierigkeit das richtige Gleichgewicht zwischen Über- und Unterschätzung erlangt. Auch die Frage der Charakteranalyse tritt immer mehr in den Vordergrund.

4. An allgemeineren Themen gelangten zur Diskussion: „Die Technik der Kinderanalyse im Verhältnis zur Erwachsenenanalyse“, eingeleitet von Fräulein Anna Freud. „Die Rolle der Religion in der Therapie der Neurosen“, eingeleitet von Dr. Reik, „Die Stellung der Aktualneurosen in der Therapie“ und „Die Behinderung der Neurosentherapie durch die Sexualmoral“, beide eingeleitet von Dr. Reich.

5. Am Ende jedes Sommersemesters wurden Sammelreferate abgehalten, und zwar:

Im Sommer 1927: H. Sterba: Die Ausdrucksweise als Charakterwiderstand (wird publiziert); H. Reich: Die Technik bei Affektsperre.

Im Sommer 1928: H. Stengl: Referat über die technischen Arbeiten Freuds; H. Bergler: Referat über die „Entwicklungsziele der Psychoanalyse“ von Ferenczi und Rank; Hans Deutsch: Ferenczis aktive Technik.

Als Arbeitsprogramm des kommenden Jahres wurde beschlossen:

1. Fortsetzung der kasuistischen Referate über Widerstands- und Übertragungstechnik.
2. Referate über das Thema „Gegenübertragung".
3. Häufiger Referate über beendete Analysen.
4. Fortlaufende Berichte über einen Fall durch Fr. Dr. H. Deutsch.

Das erfreulichste Ergebnis scheint unstreitig die aktive Mitarbeit, das nicht erlahmende Interesse und das kameradschaftliche Zusammenarbeiten der Teilnehmer des Seminars an den technischen Problemen. So haben wir uns vielleicht doch nicht in der Annahme geirrt, die wir im ersten Bericht aussprachen, daß der geeignete Ersatz für die gemeinsame klinische Arbeit „am Krankenbett" gefunden wurde. W. Reich.